

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

— THÈSE N°

— 26

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 mars 1900, à 1 heure

Par JEAN BUTAUD

Né à Bourganeuf (Creuse) le 5 octobre 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

IMPERFORATIONS ANO - RECTALES

AVEC ANUS NORMALEMENT CONFORMÉ

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : } MM. KIRMISSON, professeur.
REMY et LEGUEU, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

262

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 mars 1900, à 1 heure

Par JEAN BUTAUD

Né à Bourganeuf (Creuse) le 5 octobre 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

IMPERFORATIONS ANO - RECTALES

AVEC ANUS NORMALEMENT CONFORMÉ

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. KIRMISSON, professeur.
REMY et LEGUEU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE,
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DEGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON PARRAIN E. GAILHBAUD

DE MON GRAND PÈRE LE DOCTEUR
A. BUTAUD

A MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR M. BUTAUD

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR KIRMISSON

Professeur agrégé.
Chirurgien de l'hôpital Trousseau.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

IMPERFORATIONS ANO-RECTALES

Avec anus normalement conformé

AVANT-PROPOS

Les hôpitaux fournissent à l'observation des cas intéressants et comme sujets d'étude on n'a guère que l'embarras du choix. Cependant parmi les sujets si nombreux et si variés que la chirurgie embrasse dans son domaine, il en est quelques-uns qui présentent un intérêt tout particulier. Tels sont ceux qui touchent aux anomalies ou difformités congénitales.

Celles que peuvent présenter l'anūs et le rectum sont extrêmement variées et procurent à l'habileté du chirurgien l'occasion de s'exercer de la façon la plus brillante.

La curiosité du praticien comme celle du maître, curiosité inséparable de cette grande qualité qu'on nomme

l'observation (dont elle est peut-être la cause d'ailleurs) ne laisse pas d'être toujours vivement sollicitée quand elle se trouve aux prises avec une faute ou une erreur de la nature.

Nous avons eu l'heureuse fortune d'examiner dans le service de M. Kirmisson à l'hôpital Trousseau un nouveau-né présentant une imperforation ano-rectale.

Le chirurgien de garde après avoir fait quelques tentatives pour trouver l'extrémité inférieure de l'intestin abandonna la voie périnéale pour pratiquer l'opération de Littre.

Ayant vu l'enfant quelques jours après, notre maître put pratiquer la cure de l'anus iliaque et attirer au périnée l'extrémité inférieure du rectum. L'enfant supporta très bien ces opérations, nous avons eu occasion de le revoir en bonne santé.

Cette observation nous parut intéressante et digne de méditation.

Avec l'assentiment de M. Kirmisson nous avons cru bien faire en contribuant dans notre thèse inaugurale à l'étude des imperforations ano-rectales.

Comme nous ne nous dissimulons pas l'importance du sujet que nous abordons, nous prenons la liberté de rappeler à ceux qui nous liront que La Bruyère a dit : « On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire ou par des motifs d'intérêt, mais un homme qui n'écrit que pour satisfaire un devoir dont il ne peut se dispenser, une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs ».

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remplir un agréable devoir : acquitter bien faiblement de nombreuses dettes de reconnaissance.

Nos premiers remerciements s'adressent à notre père M. le Docteur Marc Butaud, il nous enseigna les premiers éléments de l'art médical et nous apprit à aimer avec ardeur la profession que nous avons embrassée. Il a toujours été pour nous un guide précieux, il reste notre plus sûr conseiller et notre meilleur ami. Nous adressons à la plus tendre des mères le témoignage de notre amour filial.

Nos maîtres de l'Ecole de Limoges, MM. les Docteurs Chénieux et J. Lemaître ont un droit particulier à notre reconnaissance. Ils ont guidé nos premiers pas et l'influence bienfaisante de leurs leçons s'est fait sentir sur l'ensemble de nos études médicales. Nous avons eu l'honneur de remplir pendant un an les fonctions d'interne provisoire à l'hospice de Limoges et d'être lauréat de l'Ecole.

Elève pendant un an de la faculté libre de Lille, nous avons su apprécier le dévouement et la science des maîtres de cette faculté. Nos remerciements s'adressent tout spécialement à M. Desplats, professeur de clinique médicale.

Nous avons tenu à terminer nos études médicales à la faculté de Paris. Là, nous avons suivi pendant deux ans et demi les solides enseignements de ses professeurs.

MM. les professeurs Landouzy, Bonnaire, Tuffier et Moizard ont un droit spécial à notre reconnaissance.

Dans les difficultés de la pratique, nous nous rappellerons leurs sages conseils.

M. le Dr Kirmisson nous a inspiré le sujet de ce travail, nous ne saurions trop lui en manifester notre gratitude.

Nous garderons le meilleur souvenir des mois que nous avons passés à l'hospice des enfants assistés et à l'hôpital Trousseau. Nous n'oublierons pas le plaisir que nous avons eu à suivre son enseignement.

Nous prions M. le professeur Tillaux de vouloir bien agréer l'expression de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

INTRODUCTION

Nous avons voulu dans notre travail nous placer au point de vue exclusivement clinique, examinant le cas d'un enfant qui naît avec un anus normalement conformé et dont le rectum est imperforé ou absent. Nous négligeons volontairement ce qui concerne l'embryologie, l'étiologie.

Nous avons parcouru les auteurs recueillant avec soin les observations ayant rapport au sujet que nous traitons.

Notant les opérations tentées avec les résultats obtenus, nous avons pu nous rendre compte de ce qui a été fait et de ce qui aurait souvent pu être avantageusement tenté.

Plusieurs de nos observations relatant certaines opérations que nous condamnons formellement sont antérieures à l'ère antiseptique. Nous ne pensons pas qu'elles aient pour cela moins de valeur en faveur de la thèse que nous soutenons, l'antisepsie empêche l'infection, elle ne prévient pas les fausses routes. Une méthode aveugle pensons-nous, reste aveugle après comme avant l'antisepsie.

Après avoir passé en revue l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic du vice de conformation que nous étudions, nous parlerons longuement du traitement.

Un tableau statistique placé à la fin de notre thèse résumera les observations recueillies et fera connaître le pronostic de cette affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les observations que nous avons recueillies nous ont permis de constater les faits suivants :

a) L'obstacle entre le rectum et l'anus peut être constitué par une simple membrane (fond du cul-de-sac rectal) située à une hauteur variant de 10 *millim.* (observ. de Broca) à 40 *millim.* (observ. de Castan de Béziers).

b) Le rectum terminé en cul-de-sac peut s'arrêter plus ou moins haut à l'intérieur du petit bassin dans sa marche à la rencontre de l'anus (partie moyenne du sacrum observ. de Brault, observ. de Saint-Germain, au tiers inférieur du sacrum observ. de Fochier), rectum et anus étant séparés l'un de l'autre par du tissu cellulaire plus ou moins épais ; ils peuvent être réunis l'un à l'autre par un cordon arrondi vestige de l'intestin oblitéré (observ. de Bardinet), le rectum peut tout entier être transformé en un cordon arrondi (observ. de Gosselin). Il arrive quelquefois que ce cordon arrondi ne se met pas en rapport avec l'anus, mais qu'il se fixe à un point plus ou moins élevé de la face antérieure du sacrum ou du coccyx (observ. de Forget).

c) Le rectum peut manquer complètement et l'intestin se termine par une ampoule au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche (de Chalot, de Largeau) de l'angle sacro-vertébral (observ. Léotaud, de Forget).

Dans ces cas le cul-de-sac anal a une profondeur qui varie entre 10 et 15 *millimètres*.

d) Exceptionnellement le rectum présente des cloisons multiples (observ. de Jessen, de Lannelongue).

Une seule fois l'ampoule rectale se trouvait à droite (observ. de Campenon).

Une seule fois l'intestin présentait des anomalies multiples, (observ. de Z., 1846).

Enfin, le non-fonctionnement du foie expliqua dans une observation de Bonnaire l'absence du méconium.

Lorsque le rectum est arrêté à une certaine distance, la vessie se développe et s'étend en arrière vers le sacrum, il en est de même du vagin chez la petite fille, ces organes viennent occuper la cavité du bassin et se placer entre l'oblitération rectale et l'oblitération anale.

La disposition de ces parties demande à être soigneusement indiquée, car elle peut fournir des données précieuses pour la médecine opératoire. Le développement exagéré de la vessie et du vagin en arrière peut donner une fausse sensation de fluctuation à l'exploration par le périnée et faire croire à la présence très rapprochée de la poche rectale. Dans une observation d'Etienne le trocart a ouvert la vessie.

Signalons que dans l'observation de Fourcade on trouva, à l'autopsie, une rupture du colon iliaque gauche avec dilatation de l'intestin ; l'intervention opératoire avait cependant eu lieu le troisième jour après la naissance.

SYMPTOMES

Un enfant naît : la sage-femme, quelquefois même le médecin l'ont examiné et l'ont trouvé bien conformé : les organes génitaux sont à leur place, l'anus est normal.

Un jour, deux jours, quelquefois plus se passent, l'enfant est agité, il refuse parfois de téter, il vomit, le ventre est un peu ballonné : comme l'enfant n'a pas rendu de méconium, on lui donne un sirop purgatif (observ. de Jondeau), un mélange d'huile d'olive et de miel (observ. de Dudon), on applique des fomentations sur l'abdomen (observ. de Colson), on introduit dans l'anus des suppositoires de savon (observ. d'Engerran), de papier huilé (observ. de de Nobèle), on va même jusqu'à donner des lavements (observ. de J.-L. Petit, de Serrand, de Miriel, de Bardinet). « Le lavement sortait à mesure qu'il pénétrait ». Toutes ces interventions montrent que l'idée de la véritable cause de la rétention du méconium n'était pas présente à l'esprit du praticien.

Dès que le dernier moyen employé (lavement) a échoué, l'esprit est en éveil, l'obstacle est soupçonné, le toucher rectal permet d'affirmer son existence.

Duboué (de Pau) a observé un curieux phénomène : appelé près d'une petite fille de 3 jours atteinte d'imperforation rectale, il constata et fit constater par ses

confrères que les cris, les plaintes et les efforts d'impulsion se calmaient dès que le bout du doigt était introduit dans l'anus. Ce contact donnait sans doute à l'enfant la sensation trompeuse de matières fécales traversant l'anus. Un suppositoire peut aussi calmer momentanément les cris de l'enfant, les efforts d'expulsion, et induire en erreur le praticien.

DIAGNOSTIC

Les symptômes dont nous venons de parler, mais surtout la pensée d'une imperforation possible du rectum avec anus bien conformé mettront toujours plus ou moins promptement sur la voie du diagnostic.

La promptitude et l'opportunité de l'action chirurgicale sont deux éléments de succès de la plus haute importance.

Les imperforations du rectum avec anus normalement conformé renferment des cas très simples et des cas très compliqués. En effet, avec l'existence d'un anus bien conformé, on peut rencontrer aussi bien une mince oblitération membraneuse qu'une absence complète du rectum.

L'étroitesse du bassin caractérisée par le rapprochement des ischions a, disent les auteurs, quelque valeur : dans les observations que nous avons recueillies relatant l'absence du rectum, on ne trouve pas signalé le rapprochement des ischions.

Appelé, auprès d'un enfant qui présente les symptômes d'occlusion intestinale, le praticien devra pratiquer l'exploration de la région ano-rectale soit avec le doigt, soit avec une sonde mousse, cette exploration permettra seule de confirmer le diagnostic et évitera la perte d'un temps précieux en tentatives dont l'insuccès est certain.

TRAITEMENT

Le traitement du vice de conformation que nous étudions (imperforation ou absence du rectum avec anus normalement conformé) compte un grand nombre de procédés.

Les auteurs qui les ont préconisés se sont proposé un but : faire disparaître les accidents de la rétention, mais ils n'ont pas toujours songé à établir dans les meilleures conditions possibles un anus définitif.

Celui-ci doit offrir un certain nombre de qualités, il doit donner un passage facile aux matières quelle que puisse être leur consistance. Il faut autant que possible que ses lèvres aient le pouvoir de fermer hermétiquement l'orifice en dehors de la défécation, il doit occuper la place la plus propice et il ne semble pas qu'il y en ait de meilleure que celle choisie par la nature. Enfin toutes ces qualités doivent être persistantes et ne pas disparaître dans un avenir plus ou moins éloigné.

Nous allons examiner les interventions proposées par la chirurgie.

Nous rejeterons certaines opérations, nous en conseillerons certaines autres. Nous n'en accepterons d'autres enfin qu'en nous rappelant que Celse a dit :

« Miserum remedium tolerabile austerius malum ».

I. — Méthode de la ponction au trocart. De l'incision simple au bistouri ou à la lancette.

La présence de la dépression anale au fond de laquelle on peut parfois sentir l'ampoule rectale dilatée a engagé le chirurgien à profiter de cette voie pour aller à la recherche de l'intestin et à plonger le trocart ou le bistouri dans le fond d'un anus imperforé.

Nous rejetons les ponctions ou les incisions avec le trocart ou le bistouri, même comme moyens d'investigation. Ces interventions ne sont pas sans danger; quant à leur valeur curative elle est à peu près nulle.

Cette opération, malgré sa simplicité cache deux grands dangers : 1° l'infection (observ. de Paquet *Péritonite*) (observ. de Delanglade, *Abcès de la fosse ischio-rectale*).

2° L'occlusion possible de l'orifice créé (Observ. de Miriel); « par la contractilité des tissus, le rectum change de direction et, après une première ponction, la canule ayant été enlevée il fut impossible de retrouver l'orifice fait à la membrane obturatrice » (Observ. de Delanglade) « durant 22 jours l'ouverture pratiquée artificiellement reste fermée, rétablissement spontané du cours des matières, nouvelle obstruction durant 19 jours. On pratique un anus iliaque. » (Observ. de Paquet) « suppression des selles pendant 7 jours ».

Si le méconium est très épais, il peut ne pas sortir par l'orifice fait avec le trocart, un lavement est alors donné, l'orifice créé étant oblitéré, le liquide sous pression a pu

occasionner des décollements et fuser dans le tissu cellulaire (Observ. de Malgaigne).

Quand le rectum ne vient pas en contact avec le cul-de-sac anal, la méthode des ponctions ou incisions est encore plus mauvaise. Aux deux inconvénients que nous avons signalés : infection, occlusion possible de l'orifice créé, s'en joint un troisième : le danger d'une ponction aveugle dans une région dangereuse : Ouverture de la cloison recto-vaginale (Observ. de Miriel), ouverture de la paroi postérieure du vagin (Observ. de Léotaud), ouverture de l'intestin grêle (Observ. de Gosselin), ouverture de la paroi postérieure du vagin, élimination d'escharres, fistule recto-vaginale (Observ. de Nobèle).

Nous avons recueilli 27 observations relatant l'emploi du trocart ou du bistouri pour ponction ou incision.

Sur ces 27 cas : 20 ont trait à des atrésies par simple membrane, nous trouvons 14 morts et 6 guérisons, 7 ont trait à des absences complètes du rectum ou à des oblitérations par double membrane, nous trouvons 7 morts.

OBSERVATION I (M. Engerran).

Rapportée par L. Petit. Mémoires de l'Académie de chirurgie, 1743.

Imperforation du rectum. Anus bien conformé. Ponction. Mort.

M. Engerran fut mandé le 20 mars 1740 pour voir un enfant né depuis quatre jours qui rejetait tout ce qu'on lui faisait avaler et qui ne rendait aucune matière par la voie des selles. M. Engerran jugea de là que l'intestin rectum était fermé ; il examina l'enfant et trouva à l'orifice du fondement un supposi-

toire de savon qu'il retira : il introduisit à l'entrée de l'anus une sonde cannelée, elle fut arrêtée par une espèce de bourrelet ou corps dur qui le repoussait lorsque l'enfant faisait effort pour aller à la selle.

M. Engerran reconnut par cette résistance que le rectum était fermé ; il glissa dans la cannelure de la sonde un trois-quarts qui ouvrit une issue à beaucoup de méconium qui sortit aussitôt.

M. Engerran agrandit, par le moyen d'une lancette, l'ouverture faite par le trois-quarts. L'enfant fut fort soulagé par cette opération, il continua d'aller tous les jours à la selle pendant environ un mois, cependant il survint de nouveaux accidents et l'enfant mourut.

M. Engerran l'ouvrit, il trouva à l'extrémité du rectum un nœud semblable à celui de l'ombilic d'un adulte ; ce nœud avait résisté au trois-quarts et à la lancette ; ces instruments n'avaient percé que la partie la plus mince du rectum au-dessus du nœud de sorte que l'opération était imparfaite parce que l'ouverture n'était pas suffisante pour laisser passer les matières les plus épaisses qui, étant retenues, causèrent la mort de l'enfant.

OBSERVATION II (J. L. Petit, père).

Mémoires de l'Académie de chirurgie, 1743.

Imperforation du rectum. Anus normal. Incision avec le pharyngotome. Mort.

Je fus appelé pour voir un enfant qui n'avait point encore été à la selle depuis deux jours qu'il était né, il paraissait souffrir

de violentes tranchées, son ventre était fort tendu, gonflé et très douloureux, on avait essayé de lui donner des lavements, mais la liqueur sortait à mesure que la seringue se vidait, ce qu'on attribuait à toute autre cause que celle que je reconnus. Lorsque je l'eus examiné, la première chose que je fis pour connaître l'espèce du mal fut d'introduire dans l'anus une sonde à bouton et pliante, elle entra de la longueur d'un pouce avec assez de facilité, mais je ne pus la pousser plus avant : j'introduisis mon petit doigt en suivant la sonde et je sentis une membrane assez mince qui bouchait transversalement la cavité du rectum au-dessus du muscle sphinctérien ; j'eusse bien voulu pouvoir introduire un bistouri. Guidé par mon doigt, j'aurais coupé cette membrane ; mais la difficulté de placer l'un et l'autre dans un lieu si étroit au risque de blesser ces parties fit que je préfèrai le pharyngotome (auquel je n'avais pas encore ajouté la queue d'aronde, comme je l'ai fait depuis, pour le rendre plus convenable à l'opération pour laquelle je l'ai imaginé). Je préfèrai, dis-je, cet instrument sans queue d'aronde je le glissai le long de mon doigt, puis, pressant son ressort pour faire sortir la lancette qu'il renferme, je coupai de cette membrane assez pour permettre le passage du doigt avec lequel j'achevai facilement l'ouverture, parce que la membrane qui barrait le passage était, comme je l'ai dit, mince et de peu de résistance ; l'enfant alla sur le champ à la selle et continua d'y aller pendant deux mois qu'il vécut, il ne mourut point de la maladie de l'anus, ni de l'opération.

Cette observation a été par erreur mentionnée comme un insuccès de la méthode de l'incision simple.

OBSERVATION III

Thèse de Serrand, 1814. Montpellier.

Observation de Courtial.

Imperforation du rectum. Anus bien conformé. Division au scalpel.
Guérison.

Courtial rapporte qu'appelé près d'un enfant nouveau-né qui rendait les excréments par la bouche, quoique l'anus fût bien conformé il introduisit dans le rectum un stylet, qui, arrêté par une membrane fort dure ne put aller au delà d'un travers de doigt : il passa dans l'anus une canule de plomb, le long de laquelle il porta un scalpel dans l'intestin ; l'obstacle ayant été divisé, l'enfant fut guéri.

OBSERVATION IV

Thèse de Serrand, 1814. Montpellier.

Imperforation du rectum. Anus normal. Incision. Mort.

On trouve dans Skenkious l'observation d'une fille dont l'anus était bien conformé : mais en cherchant à introduire un stylet dans le rectum, on éprouvait la résistance d'une membrane.

* Cette membrane incisée, les lavements ne purent cependant pénétrer et l'enfant mourut. L'ouverture du cadavre fit voir les parois de l'intestin collées l'une à l'autre dans deux endroits.

OBSERVATION V

Thèse de Serrand, 1814, Montpellier. Anus normal.

Imperforation du rectum. Ponction. Mort.

Un enfant femelle naquit avec un anus normalement conformé, on pouvait introduire un stylet à une assez grande profondeur, l'enfant n'avait pas rendu de méconium.

Opérée par M. Sabatier, elle mourut le lendemain, quoique l'on eût procuré l'évacuation d'une grande quantité de méconium.

L'autopsie cadavérique présenta un épanchement de méconium dans la cavité pelvienne, produit par l'ouverture de la paroi postérieure du rectum, dû à ce que, comme l'observe judicieusement M. Sabatier, « la partie de l'intestin qui se présente à l'instrument lors de l'opération n'est pas celle qui devrait aboutir au fond du cul-de-sac sur lequel on opère : de sorte que l'intestin se rétrécissant et reprenant sa position après que le méconium est écoulé, son ouverture ne répond plus à celle de la plaie extérieure.

OBSERVATION VI

Observation de Fourcade.

Bulletin de la Société anatomique 1830. Anus normal. Imperforation du rectum, Ponction. Dilatation et rupture du côlon iliaque gauche. Epanchement stercoral dans l'abdomen. Mort.

Dans le mois de février dernier, je reçus après un accouchement naturel, un enfant mâle né à terme avec tous les signes extérieurs d'une bonne constitution. Le lendemain de sa naissance il n'avait pas encore rendu de méconium, il était mal :

l'anus examiné de nouveau était bien conformé et permettait l'introduction du petit doigt. Ne trouvant d'autre cause à cette constipation que le froid que l'enfant avait pu éprouver dans le trajet de son transport à la mairie par un temps rigoureux, j'ordonnai de petits lavements. Le 3^e jour son état était très grave ; il pouvait à peine pousser un cri, un faible cri plaintif. Le ventre était tendu, la peau ictérique ; des vomissemens d'un liquide jaunâtre avaient eu lieu. J'appris que les lavements étaient repoussés à l'instant, ce dont je m'assurai moi-même. Dès ce moment, je compris, mais trop tard, qu'un obstacle devait exister dans l'intestin, au-delà du point où le doigt avait été porté. En effet une sonde de femme introduite dans l'anus acheva de m'éclairer : dirigée dans tous les sens elle fut toujours arrêtée à un pouce ; alors enfonçant le petit doigt plus avant je reconnus ainsi que mon ami, le docteur Dieulafoy, qu'un cul-de-sac terminait le rectum à la hauteur indiquée. Cet intestin présentait jusque-là une direction normale.

Ne doutant plus de la présence d'une cloison qui était évidemment la cause de la rétention des matières, nous ne différâmes plus à leur donner issue par l'opération suivante : Le petit doigt étant introduit jusqu'au cul-de-sac, un bistouri à lame très étroite et renfermé dans une gaine est porté à plat entre la face palmaire du doigt et la paroi postérieure du rectum. Parvenue à la cloison, la gaine est retirée de quelques lignes et la lame est enfoncée d'autant. Le sentiment d'une résistance vaincue et mieux la sortie de gaz fétides et d'un peu de méconium noirâtre nous indiquèrent que la cloison était ouverte : alors, avec la sonde nous cherchâmes à agrandir l'ouverture : ce qui donna issue à une plus grande quantité de méconium.

L'enfant mourut quelques instants après.

Autopsie. — Nous avons trouvé l'abdomen rempli de méconium noirâtre et visqueux.

Le tube intestinal, suivi avec soin nous a montré une rupture du côlon iliaque gauche vers la partie moyenne, avec dilatation énorme de cet intestin, comme on peut en juger par la pièce anatomique. Mesuré il a trois pouces de circonférence et par conséquent sa cavité un pouce de diamètre, ses parois sont très amincies et brunâtres aux abords de la rupture.

La muqueuse intestinale était légèrement ardoisée, tout l'intestin était plein d'un méconium semblable à celui épanché dans la cavité abdominale. Le rectum présente à son origine, la cloison disposée comme un diaphragme, sans rétrécissement marqué : elle paraît formée par l'adossement de deux membranes muqueuses et offre une assez grande résistance. On y voit l'ouverture que nous avons pratiquée précisément au centre.

OBSERVATION VII (de Colson).

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Noyon.

Journal hebdomadaire de médecine, 1830.

Anus normal. Imperforation du rectum. Ponction. Incision.

Rétrécissement. Guérison.

F... (Victorine-Jeanne), naquit à Paris le 27 mai 1827. Elle me fut apportée le 10 juin. J'appris que depuis sa naissance cette enfant n'avait pas eu d'évacuations alvines et que depuis plusieurs jours elle rendait des excréments par la bouche. Le médecin qui vit cette enfant avant moi négligea de l'examiner attentivement et il prescrivit des moyens insignifiants, tels que des fomen-

tations émollientes sur l'abdomen et des lavements émollients. Cette médication, ainsi qu'on le conçoit, ne pouvait avoir de prises sur une maladie de la nature de celle-ci. La petite malade dépérissait de jour en jour.

Je l'ai trouvée dans l'état suivant : face grippée, cris faibles et plaintifs, ventre énormément distendu, efforts presque continuels de défécation qui amènent des vomissements de matières stercorales. Depuis deux jours l'enfant peut à peine prendre le sein.

L'anus est bien conformé ; en introduisant le petit doigt dans le rectum je reconnus à la profondeur d'un pouce et demi l'existence d'une cloison formant tumeur sur le bout du même doigt ; pendant les efforts de l'enfant, la tumeur devenait rénitente.

Je résolus d'opérer cette enfant immédiatement :

L'enfant étant placée sur le ventre, les jambes pendantes j'introduisis dans le rectum la canule d'un trois-quarts jusqu'à la cloison. J'appuyai alors pour la rendre immobile et je poussai avec force le poinçon du trois-quarts ; j'exécutai cette manœuvre à deux reprises différentes sans rien obtenir autre chose que l'écoulement d'une petite quantité de sang. Je n'osai pas me servir ici du trois-quarts de la manière qu'on l'emploie pour la ponction de l'abdomen dans la crainte de produire des désordres graves.

L'instrument que j'eusse employé de préférence à tout autre était le pharyngotome. N'en ayant pas je me servis du bistouri. Le guidant sur une sonde canelée je fis une ouverture dans la cloison ; le bistouri était garni de linge, jusqu'à environ trois lignes de ce point. Il sortit par l'anus des gaz et une petite quantité de matières fécales,

Présumant que l'ouverture était trop étroite je portai le petit doigt dans le rectum et je reconnus effectivement qu'elle n'avait qu'environ une ligne d'avant en arrière. J'introduisis de nouveau la sonde cannelée et je conduisis sur cette sonde un bistouri boutonné avec lequel j'agrandis l'incision dans le sens antéro-postérieur, puis de droite à gauche. Aussitôt les gaz et les matières s'échappèrent en abondance et avec explosion. Une mèche introduite ne reste pas en place.

Huit jours après j'ai revu l'opérée. Le ventre était réduit à un volume naturel, l'état général était satisfaisant.

Le sphincter de l'anus fait bien ses fonctions. En introduisant le doigt dans le rectum, on reconnaît qu'il est moins ample et moins dilatable à l'endroit primitivement occupé par la membrane que partout ailleurs. J'ai pensé avoir incisé suffisamment pour qu'à l'avenir aucun accident ne se déclarât.

Deux mois après l'opération, j'ai reconnu que l'intestin se rétrécissait évidemment à l'endroit occlus primitivement par la membrane, bientôt il ne fut plus possible d'y introduire le petit doigt, ce que je faisais facilement auparavant; l'enfant éprouvait du malaise, les évacuations alvines étaient pénibles. Je me décidai à employer les dilatants, prévoyant le moment où bientôt l'occlusion redeviendrait complète si la malade était abandonnée à elle-même. Je fis construire des sondes à ventre dont le diamètre était depuis celui d'un tuyau de plume ordinaire jusqu'à celui du doigt indicateur.

La présence continuelle de ces sondes dans le rectum gêna d'abord l'enfant, elle finit par s'y habituer, par aller à la garde-robe en conservant ses sondes. Ces sondes étaient fortement attachées par quatre cordons qui venaient se fixer en avant et en arrière sur un bandage de corps.

Au bout de trois mois de traitement, il n'y avait plus de traces de rétrécissement.

Craignant le retour de l'obstacle, je fis placer tous les quinze jours dans le rectum de l'enfant une sonde qui était laissée à demeure trois ou quatre jours.

Les liens qui fixaient la sonde se détachèrent un jour et la sonde fut « avalée » par le rectum, l'enfant eut des accidents d'obstruction. La nourrice de crainte d'être grondée feignait d'ignorer la cause du malaise de l'enfant. Au bout de quinze jours, je fus appelé et le toucher rectal me permit de connaître la cause de ces accidents d'obstruction.

En introduisant le petit doigt dans le rectum, pressentant la présence d'un corps étranger, je constatai que la portion d'intestin où siégeait autrefois l'obstacle était plus rétrécie qu'elle ne me l'avait parue à ma dernière visite.

Avec beaucoup de peine, à l'aide de pinces je parvins à extraire la sonde qui avait quatre lignes de diamètre. Sa longueur était de cinq pouces.

Aucun accident ne suivit l'extraction de ce corps étranger.

La malade fut rendue à ses parents dans un parfait état de santé le 22 mai 1828. Depuis je n'ai point eu de ses nouvelles.

OBSERVATION VIII (Miriél fils).

Miriél. Thèse de Paris, 1835.

Ans normal. Imperforation du rectum. Ponction. Mort.

Le 6 mai 1823. — Mon père reçut une fille qui ne présenta les symptômes de l'imperforation que 28 heures après sa naissance. Ayant examiné l'anus quatre heures plus tard, il le trouva bien conformé, mais découvrit une cloison membraneuse dans

le rectum. La famille de l'enfant ayant désiré le rétablissement de la voie naturelle, mon père procéda de la manière suivante : il fit dilater l'anus à l'aide de pince à anneaux, fit ensuite soulever la cloison recto-vaginale à l'aide d'une sonde large recourbée, presumant qu'à l'aide de cette précaution il mettrait le vagin à l'abri du bistouri garni de linges. Il atteignit cependant, en le plongeant vers le rectum, un repli non soulevé de la cloison. Il s'échappa même par le vagin quelques gouttes de sang. Le méconium ne sortant pas, il renouvela sans succès l'incision plus profondément. Alors il prit un gros trois-quarts qu'il plongea dans la direction du rectum. Le méconium sortit et l'enfant fut soulagé.

La canule fut remplacée par une bougie de gomme élastique. Un stylet boutonné servit de conducteur. Mais soit qu'après la sortie du méconium, l'intestin-rectum n'étant plus distendu, ait, par sa contractilité de tissu, changé de direction et se soit élevé au-dessus de la canule : soit qu'en remplaçant l'une par l'autre l'opérateur n'ait pas donné à la dernière une direction convenable et se soit écarté de l'ouverture faite, toujours est-il vrai qu'au bout d'une demi-heure environ, il ne sortait plus de méconium par la canule, inconvénient majeur qu'il est plus facile de concevoir que d'éviter, lorsqu'on songe au peu de largeur de la plaie faite par un trois-quarts dans un muscle creux, organe, qui par sa contractilité, aurait réduit à peu de chose une plaie dont les dimensions mêmes eussent été considérables. Malgré tous les moyens employés il n'y eut plus d'évacuation de méconium, les plaintes, les vomissements recommencèrent bientôt.

Enfin le 9, l'enfant mourut à onze heures du matin.

Autopsie. — Avant de procéder à la recherche du vice de con-

formation et à l'examen des viscères du ventre, mon père fit l'opération de Littre. Une anse d'intestin grêle se présenta à la plaie et non l'S du colon.

Pour atteindre l'S du colon sur ce sujet il aurait fallu opérer à droite et non à gauche.

Pour fixer spécialement l'attention des spectateurs sur le rectum et les viscères du bassin, mon père sépara la masse intestinale en faisant une ligature à l'union du rectum avec le colon et injecta de l'eau par l'anus à l'aide d'une canule de gomme élastique. Le rectum s'est promptement rempli et a formé une sorte de boudin. Alors on a remarqué évidemment que le tissu cellulaire sous-péritonéal se laissait distendre entre le rectum et la symphise sacro-iliaque, sans toutefois que le liquide pénétrât dans la cavité péritonéale à quelques lignes de l'anus, quatre ou cinq, la paroi postérieure du vagin (cloison recto-vaginale) offrit une petite ouverture de la grandeur d'une saignée faite par le bistouri.

C'était évidemment la lésion indiquée plus haut et qu'il fut impossible d'éviter, tous les replis de la cloison n'ayant pu être soulevés par la sonde. Le rectum était distant d'un pouce environ de l'orifice externe de l'anus et se terminait par un cul-de-sac arrondi, fixé au bassin par le péritoine et un tissu cellulaire abondant. Ce tissu cellulaire très dense formait une couche épaisse de plusieurs lignes qui s'étendait jusqu'au près de l'anus. C'est au milieu de cette cavité qu'il a fallu pénétrer avec le bistouri en premier et second lieu, puis ensuite avec le trois-quart pour arriver à l'intestin et diviser l'obstacle, opération qui n'est pas sans danger et qui a été faite avec tout le succès possible mais dont le résultat ne pouvait être entièrement heureux.

L'ouverture a été pratiquée au milieu d'une substance musculaire fortement prononcée et douée par cette raison d'une contractilité de tissu trop considérable pour que la plaie ne se fermât pas facilement ou ne devînt au moins un grand obstacle à l'émission des matières fécales même liquides. Les matières en passant sous un tissu cellulaire divisé ont produit une infiltration facile à reconnaître à la couleur.

La nécessité d'introduire souvent des canules n'eût pas manqué de devenir cause d'accidents : il est même évident que l'eau qui injectée par l'anus s'est introduite dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et l'a soulevé, ainsi que je l'ai dit plus haut, est une preuve de la possibilité d'accidents de ce genre, car ni le bistouri, ni le trois-quarts n'ont été portés à cette élévation. Aucun des vaisseaux du bassin n'a été ouvert ; nulle part il n'y avait de sang épanché ou infiltré. L'inflammation du péritoine et d'une portion de la masse intestinale a été évidemment au nombre des causes de la mort de l'enfant.

OBSERVATION IX (de Nobèle).

(Gazette des hôpitaux, 1839).

Imperforation du rectum-anus normal. Ponctions répétées.

Elimination d'escharres. Guérison avec fistules.

Un enfant du sexe féminin, venu à terme, présentant une constitution et un embonpoint plus qu'ordinaires et toutes les apparences d'une santé très robuste, n'avait pas rendu de méconium trois jours après sa naissance, on se borna à lui donner un peu d'eau miellée et à introduire dans l'anus des suppositoires de papier huilé.

L'exploration du rectum fit voir qu'il se terminait en cu

sac à un peu plus d'un pouce au-dessus de l'orifice anal. Les liquides de divers lavements et l'air poussé par le fondement au moyen d'une seringue ne passaient pas et il était évident qu'il n'y avait aucune communication entre cette portion du rectum, l'intestin, le vagin et la vessie.

L'enfant poussait de petits cris et des plaintes continuelles interrompues par des vomissements répétés de temps en temps ; le ventre mélorisé se distendait de plus en plus ; la face était grippée, le pouls très faible et accéléré ; on pensa qu'il importait d'établir le cours des matières fécales par une ponction faite au moyen d'un trois quart de large dimension. Les mouvements de l'enfant, en poussant les intestins vers l'endroit où la continuité du rectum était interrompue, firent croire un moment à l'existence d'une cloison membraneuse obturant l'intestin.

M. de Nobèle y introduisit la canule d'un trois-quarts et saisissant le moment où les cris étaient le plus vifs, il poussa le dard jusqu'au delà de la canule. En le retirant, il était enduit d'une substance olivâtre ayant toute l'apparence du méconium. Cependant, malgré les cris de l'enfant et plusieurs ponctions faites dans la même direction, on ne put obtenir aucune évacuation. Un stylet introduit dans la plaie au moyen du trois-quarts donna la conviction qu'au delà du cul-de-sac, l'intestin ne se continuait point et que si la première ponction avait été faite dans un endroit de l'intestin, celui-ci avait fui devant l'instrument dans les ponctions successives et qu'il n'était plus possible de le reconnaître.

Le cinquième jour après l'opération, les accidents ayant atteint un haut degré d'intensité, on remarqua à trois ou quatre lignes à droite de l'anus une tache noirâtre ou plutôt olivâ-

tre qui s'étendit en peu de jours jusqu'au point d'acquérir la grandeur d'une pièce d'un franc ; des points semblables, mais moins étendus se manifestèrent le 10^e jour au bas du dos et dans l'épaisseur de la vulve. L'enfant dépérissait à vue d'œil et ses cris devenaient de jour en jour plus faibles.

Le 8 mai, douzième jour de l'opération, quinzième de la naissance, après un redoublement de cris, il sortit tout d'un coup par l'anus un petit tampon de substance noire putréfiée, excessivement fétide : cette expulsion fut suivie de la sortie d'une quantité très grande de méconium en état de décomposition putride et répandant une odeur des plus infectes. Dès ce moment, la petite malade fut soulagée, la tumeur du ventre diminua et la santé s'améliora insensiblement.

A trois mois, le calibre des matières fécales devint peu à peu moindre et au quatrième mois il s'ouvrit à droite de l'anus un petit pertuis fistuleux suivi bientôt d'un second situé un peu plus bas et qui tous deux donnèrent issue ainsi que l'anus aux matières fécales.

Un peu plus tard, on s'aperçut qu'une ouverture fistuleuse s'était fait jour dans le vagin.

Plus tard, on dilata la fistule intestinale au moyen de l'éponge préparée et les matières sortirent avec la plus grande facilité par le rectum ; malheureusement des symptômes d'irritation intestinale, accompagnée d'une tuméfaction considérable du ventre, firent renoncer pour le moment à tout projet d'opération.

OBSERVATION X (de M. Léotaud).

Bulletin de la Société anatomique 1839.

Anus normal. Absence du rectum. Incision. Mort.

B... du sexe féminin, née le 10 mars, a été apportée le 12 à l'hospice des Enfants Trouvés.

L'enfant paraissait née avant terme. Elle rendait par la bouche des matières vert-brunâtres, épaissées, semblables à du méconium.

L'anus était bien conformé et présentait ses rapports ordinaires, un stylet ne pouvait pénétrer qu'à trois lignes et s'arrêtait dans un cul-de-sac au fond duquel on ne sentait aucune tumeur saillante. On ne pouvait savoir les rapports que le rectum affectait à l'intérieur.

Dans cette incertitude, on fit une incision assez profonde dans la direction présumée de l'intestin. Le sang qui en sortit sans mélange de matières intestinales indiqua l'insuccès de l'opération.

L'enfant fut placée dans un bain ; une heure après une hémorrhagie par l'anus et le vagin fit soupçonner une communication artificielle entre ces deux conduits. L'écoulement de sang fut arrêté par une injection astringente ; dès lors l'enfant, abandonnée à son sort, mourut le lendemain à 4 heures du soir, après avoir vécu quatre jours.

Autopsie. — 24 heures après la mort.

La bouche et le nez laissent écouler du méconium.

Un peu de sérosité dans l'abdomen ; quelques fausses membranes très lâches retiennent les circonvolutions.

Le rectum se termine en cul-de-sac et forme une ampoule arrondie au niveau de l'angle sacro-vertébral.

L'anus bien conformé ne s'étend qu'à 3 lignes ; on y découvrirait une incision faite pendant la vie qui traverserait les deux parois vaginales, ce qui explique l'hémorrhagie observée pendant la vie.

OBSERVATION XI (de Louis Baudelocque).

Gazette médicale 1844.

Anus normal. Imperforation du rectum. Ouverture de la membrane avec une sonde à dard. Guérison.

Enfant né depuis deux jours, n'ayant pas rendu de méconium.
Anus bien conformé.

Le petit doigt introduit par l'anus était arrêté à 27 millimètres environ. Ouverture de la membrane avec une sonde à dard. Aussitôt l'enfant rend du méconium et des gaz. On introduit le petit doigt de temps à autre dans le rectum pour entretenir la liberté du conduit. Trois mois après l'enfant allait bien. Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis.

OBSERVATION XII (de Z...)

Gazette des hôpitaux 1846.

**Anus bien conformé. Imperforation du rectum. Anomalies.
Ponction. Mort.**

Le 23 août on apporta à la clinique un enfant né à sept mois, affecté d'une imperforation du rectum. Il n'avait pas rendu de méconium et depuis douze heures qu'il était né, il ne cessait de rejeter par la bouche des matières fécales. L'anus n'était

pas fermé, il présentait une sorte d'infundibulum profond de 2 centimètres. Le petit doigt introduit par l'anus ne sentait aucune tumeur. Aucun renflement de l'intestin distendu par des matières, mais seulement une membrane mince, rénitente. A l'aide d'une sonde de femme, cette membrane fut déchirée et l'instrument pénétra avec la plus grande facilité à une profondeur de 4 centimètres sans donner issue à des matières fécales ni à aucun autre liquide. Pourtant la sonde était entrée dans l'intestin, ce qui démontra l'autopsie faite deux jours après. M. Voillemier dut penser qu'il existait un autre obstacle au cours des matières fécales que l'oblitération du rectum. Mais incertain du siège qu'occupait cet obstacle et prenant en considération l'état de débilité extrême de l'enfant, il ne voulut pas tenter l'ouverture déjà si chanceuse d'une anus lombaire.

L'autopsie, faite le lendemain, présenta les particularités suivantes :

L'estomac et toute la portion supérieure de l'intestin dans l'étendue de 85 centimètres sont fortement dilatés par quelques matières fécales liquides jaunâtres et par une grande quantité de gaz. Divisé dans le sens de la largeur et mesuré, l'intestin a 7 centimètres de large.

A la distance que nous venons d'indiquer, il s'interrompt tout à coup et se termine sans présenter d'infundibulum, de plis radiés, de trace de cicatrice. Le reste de l'intestin, long de 92 centimètres, a un aspect différent. Il est gros comme une forte plume et contient dans son intérieur une matière épaisse, d'un jaune verdâtre, gluante, ayant les caractères du muco-s épais, cette portion de l'intestin est absolument distincte de la partie de l'intestin située au-dessus ; les deux bouts sont séparés dans l'abdomen par une distance de 4 centimètres.

Dans la région moyenne du ventre on rencontre encore deux sections d'intestin complètement isolées, ayant l'une 7 centimètres de long, l'autre 5. Elles ont les mêmes caractères que la dernière portion de l'intestin, elles ont le même aspect, contiennent du mucus épaissi et se terminent aussi brusquement.

Le tube digestif se trouvait ainsi divisé en quatre portions distinctes les unes des autres.

Le cas nous a paru intéressant à noter, nous l'avons cité pour montrer que l'imperforation rectale peut se compliquer d'anomalies siégeant sur le tube intestinal, que le diagnostic de ces anomalies est une découverte d'autopsie.

OBSERVATION XIII (de Guersant).

Gazette des hôpitaux, 1846. Imperforation du rectum. Anus normal. Ponction. Mort.

Dans le courant du mois de novembre, on m'amena un enfant âgé de trois jours, qui depuis sa naissance avait des vomissements dans lesquels on distinguait du méconium. Rien n'avait été rendu par le fondement et l'oblitération de l'anus avait été reconnue par la sage-femme et constatée par M. Danyau. Il y avait là un cul-de-sac de la forme et de la profondeur d'un dé à coudre. Je fis, avec un trois-quarts à injection, une ponction qui donna issue à du méconium, puis je substituai à la canule d'argent une sonde en gomme élastique qui facilita l'évacuation. Trois jours après l'opération, on franchissait très facilement

avec le petit doigt la partie du cul-de-sac qui avait été perforée et qui n'avait que quelques millimètres de largeur ; aussi on jugea la sonde inutile.

Le lendemain, la sage-femme trouvant le passage un peu rétréci, on mit en usage l'éponge préparée. Elle resta trois heures en place et quand on la retira elle était tachée de sang. Les jours suivants, il y eut des épreintes qui tourmentèrent beaucoup le petit malade et l'on crut pouvoir y remédier par l'application d'une sangsue, mais la mort arriva bientôt après.

OBSERVATION XIV (de Labarraque).

Gazette des hôpitaux, 1846.

Imperforation du rectum. Anus normal. Ponction. Mort.

L'anüs était bien conformé, l'enfant n'allait pas à la garde-robe. Une sonde introduite dans le rectum était arrêtée à deux centimètres au-dessus de l'orifice anal par un diaphragme. Une ponction faite avec le trocart par M. Vinchon père eut un plein succès et amena la sortie du méconium. Une mèche fut introduite afin d'élargir l'ouverture. Mais malheureusement l'enfant succomba quelques jours après à une entéro-péritonite aiguë.

OBSERVATION XV (de Malgaigne).

Gazette des hôpitaux, 1846.

Imperforation du rectum. Anus normal. Ponction. Mort.

Un enfant était né présentant un anus bien conformé. Il n'avait pas rendu de méconium. On appela une sage-femme qui fourragea le rectum pendant longtemps et sans succès, on

manda alors un médecin qui fit une ponction à travers laquelle il conduisit une bougie à une assez grande profondeur ; comme il ne venait pas de matières, il injecta un lavement de lait et d'eau. On m'amena l'enfant ; voyant de quoi il s'agissait, je voulus opérer suivant la méthode Littré.

Au premier coup de bistouri, je vis s'échapper une grande quantité de liquide jannâtre, c'était le lavement qui avait filé dans le tissu cellulaire.

OBSERVATION XVI (de Danyau).

Bulletin de la société de chirurgie 1849.

Imperforation du rectum. Anus normal. Abstention. Mort.

Un enfant né à terme et bien conformé n'avait pas encore eu d'évacuation vingt-quatre heures après la naissance. L'orifice inférieur du rectum était à l'état normal, mais à deux ou trois centimètres plus haut, cet intestin était oblitéré. Le doigt introduit jusqu'à cet obstacle ne sentait point au-dessus cette accumulation de méconium indiquée par tous les auteurs. Une sonde introduite dans la vessie me parut arriver sur le sacrum et le toucher par toute sa courbure ; je crus qu'il y avait une lacune dans la continuité du rectum et je n'osai ponctionner le cul-de-sac intestinal dans la crainte de percer la vessie.

J'attendis au lendemain et les tentatives inutiles que je fis pour découvrir la partie inférieure du rectum à l'aide d'incision dans le périnée et de pressions pratiquées sur l'abdomen me confirmèrent dans ma première idée et le cas fut regardé comme au-dessus des ressources de l'art. L'enfant mourut, l'oblitération du rectum consistait en un simple diaphragme au-dessus du-

- quel il n'y avait que des gaz et une minime quantité de méconium. Ce liquide était contenu et en très grande abondance dans le côlon transverse.

OBSERVATION XVII (de Gosselin).

Gazette des hôpitaux 1850.

Absence du rectum. Anus normal. Ponction de l'intestin grêle. Mort.

L'enfant était né depuis au moins vingt-quatre heures. Anus normal, l'enfant n'avait pas rendu de méconium. Le chirurgien disséqua lentement le périnée dans la direction du prolongement du rectum. Ne trouvant pas l'ampoule que forme d'ordinaire cet intestin dilaté par le méconium, il plongea par la plaie un trocart à deux ou trois centimètres de profondeur. Il s'écoula un peu de méconium et l'on crut que l'instrument était arrivé dans le rectum.

L'enfant mourut. Le rectum qui, à deux centimètres de la peau, se continuait en haut par un cordon filiforme, ne contenait dans sa partie supérieure ainsi que le côlon tout entier qu'une matière muqueuse épaisse, le méconium, se trouvait au dessus de la valvule iléo-cœcale.

OBSERVATION XVIII (de Forget).

Union médicale, 1850.

Anus normal. Absence du rectum. Ponction. Mort.

L'anus en apparence normale était formé par la peau soulevée en bas en haut et formant une petite cavité conoïde d'un centimètre de profondeur. En écartant les fesses,

on pouvait effacer les plis qui bordaient cette cavité pseudo-anale et on voyait son fond s'abaisser et se tendre transversalement. Dans la pensée que le rectum pouvait être voisin des téguments, M. Forget fit une ponction exploratrice avec un trocart de petit calibre, le résultat en fut négatif. Il incisa alors la peau et disséqua dans la direction suivie par le trocart. Ne trouvant rien qui ressemblât à l'intestin, il prit le parti de plonger plus en avant un bistouri droit à lame étroite, le tranchant tourné vers l'une des tubérosités ischiatiques.

Cette opération n'eut aucun succès.

Jugeant, par la profondeur à laquelle la lame avait pénétré, qu'il n'y aurait plus que de la témérité à persister dans cette même voie, M. Forget proposa d'établir un anus contre nature, les parents s'y refusèrent et l'enfant fut envoyé en nourrice où il succomba au bout de huit jours après avoir présenté les signes d'une vive inflammation.

L'autopsie montra l'extrémité du colon se terminant à la hauteur de l'angle sacro-vertébral par un cul-de-sac distendu par des gaz et par le méconium épaissi.

A partir de ce point l'intestin est continué jusqu'à la fausse cavité anale par un cordon fibreux aplati. Ce cordon à son origine se confond sans ligne de démarcation apparente avec les plans fibreux et musculaires du colon, dont il semble être le prolongement.

Entre lui et la matrice, le péritoine forme un cul-de-sac, et un peu plus bas ce ruban fibreux adhère intimement à la paroi du vagin, en bas il s'épanouit dans le plan musculéux du périnée et par un faisceau distinct il adhère au coccyx. La dissection des parties molles intra-pelviennes fit voir que le bistouri plongé dans leur épaisseur avait labouré ce plan

fibreux et qu'il s'était heureusement arrêté un peu au-dessus du cul-de-sac péritonéal.

Nous notons dans cette observation que des contractions musculaires et un mouvement d'abaissement et de tension peuvent exister au niveau de la cavité anale sans indiquer nécessairement le voisinage de l'intestin.

OBSERVATION XIX (de Jessen).

Thèse de Bouisson 1851.

Imperforation du rectum. Anus bien conformé. Ponction. Mort.

Anus bien conformé. En introduisant une sonde dans l'ouverture qui était apparente, on sentit une grande résistance. On fit une ponction qui ne procura pas la sortie du méconium. L'enfant mourut le 6^e jour. Autopsie. Parois du rectum rapprochées. Intestin fermé par deux membranes en deux endroits.

OBSERVATION XX (de M. Bardinet).

Gazette des hôpitaux 1853.

Anus normal. Imperforation du rectum. Ponction. Mort.

Le 28 nov., Mme X... accouche d'un enfant qui présente toutes les apparences extérieures de la meilleure santé.

On remarque seulement quelques heures après la naissance qu'il ne s'est pas sali. On essaie ensuite de lui donner un lavement et on trouve que la canule est arrêtée à très peu de distance de l'anüs. On m'appelle et je constate une imperforation du rectum.

L'anüs est bien conformé et tapissé par une muqueuse : mais à un centimètre de profondeur il existe un cul-de-sac complètement fermé. J'y introduis successivement l'extrémité du petit doigt, des sondes de divers calibres, des stylets : rien ne dé

passe la limite indiquée et ces corps, souples comme les sondes en gomme élastique, se recourbent sur eux-mêmes pour ressortir par l'anus après avoir décrit une anse à l'intérieur.

Le ventre se ballonne et des matières fécales sont vomies à différentes reprises.

Je ne veux cependant pas recourir immédiatement à une opération. J'attends trois jours dans l'espoir que l'ampoule terminale du rectum sera distendue par une accumulation de méconium et que présentant un volume considérable, elle échappera plus difficilement à l'action du bistouri.

L'enfant étant couché sur le dos, je commence par évacuer l'urine. J'introduis alors un bistouri pointu que j'ai passé dans un morceau de sonde en gomme élastique fendu sur le côté de manière à en faire une espèce de canule protectrice. J'ai donné à ce morceau de sonde une longueur telle que le bistouri, enfoncé jusqu'au talon, dépasse d'un centimètre et demi.

Je fais une première ponction sans résultat : cette première tentative n'a été suivie d'aucun accident, ni général, ni local.

Quatre jours après, l'enfant est encore très vigoureux : mais il ne vient toujours pas de matières par l'anus.

Je me décide à tenter une seconde perforation plus profonde que la première. Je pénètre cette fois à trois centimètres au-delà du cul-de-sac.

Mon confrère M. Elie Mazard veut bien m'assister dans cette seconde intervention.

A deux reprises différentes je plonge mon bistouri à trois centimètres de profondeur ; rien ne vient. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie immédiate après chacune de ces opérations.

Les parents ne consentirent pas à une troisième intervention.

Le 11 décembre, l'enfant s'affaiblissait, ne voulait pas téter,

mais il était sans fièvre, son ventre était peu développé, et paraissait pas être le siège d'une inflammation même légère.

La mort n'est survenue que le 26 décembre, c'est-à-dire vingt-huit jours après la naissance.

Autopsie. — On voit d'abord l'anus oblitéré à un centimètre de profondeur ; puis un cordon fibreux complètement imperforé, ayant un centimètre et demi de long et rattachant le cul-de-sac anal au rectum, on trouve enfin le rectum se terminant au-dessus du cordon fibreux par un cul-de-sac régulièrement arrondi, parfaitement clos à sa partie inférieure et ne présentant pas le plus léger pertuis.

OBSERVATION XXI (de Trélat).

Bulletin de la Société de chirurgie, 1862.
Imperforation du rectum. Anus normal. Ponction.
Incision aux ciseaux. Mort.

J'examinai un enfant qui présentait une cloison rectale située à l'extrémité d'un anus régulièrement conformé. J'incisai sur la ligne médiane à partir de la pointe du coccyx et pénétrai peu à peu jusqu'à une profondeur de 45 millimètres, alors seulement je reconnus avec l'extrémité du doigt une surface tendue quoique molle qui me parut être l'intestin, j'essayai de faire descendre cette surface tendue sans pouvoir y parvenir. Cette masse libre en arrière du côté du sacrum était très adhérente en avant du côté de la vessie. On ne pouvait au fond d'une plaie obscure et étroite séparer les deux organes. Je plongeai alors un trocart dans la tumeur, une goutte de méconium apparut, l'intestin trouvé fut ouvert aux ciseaux, Introduction

d'une mèche de charpie. L'enfant succomba huit jours après l'opération.

OBSERVATION XXII (de M. Paquet).

Bulletin de la Société anatomique, 1864.

Anus normal. Imperforation du rectum. Ponction.

Suppression des selles. Anus iliaque. Mort.

Un enfant naquit avec un anus normal et une imperforation du rectum. Il fut opéré le lendemain de sa naissance par simple ponction avec le bistouri. Les matières coulèrent facilement pendant quelques jours. Puis les selles se supprimèrent. Sept jours après cet accident l'enfant fut reçu dans le service de M. Giraldès. Appelé auprès de lui dans la journée j'essayai en vain d'entrer dans le rectum avec des sondes de différentes grosseurs. Le stylet le plus fin ne put passer : l'anus était suffisamment marqué, mais il se terminait en cul-de-sac à un centimètre de profondeur. Le lendemain M. Giraldès voulut aller à la recherche de l'ampoule rectale, avec l'intention de pratiquer l'opération d'Amussat. Une incision périnéale dirigée vers le coccyx fut pratiquée à cet effet et permit de constater l'existence d'un tissu cicatriciel très résistant et s'élevant à une grande hauteur, ainsi que l'impossibilité de trouver ni mollesse, ni fluctuation.

Le procédé d'Amussat ne pouvant être employé, M. Giraldès décida l'opération de Littré. Les sutures se détachèrent avant que la réunion des séreuses fût complète.

Avant l'opération l'enfant avait présenté quelques signes de péritonite, la douleur abdominale et la face grippée, il ne com-

mença à vomir que le lendemain de l'opération; les vomissements d'abords verts, bilieux, ne tardèrent pas à devenir fécaloïdes. Quatre jours après l'enfant mourut.

L'autopsie démontra la présence d'une grande quantité de liquide purulent dans la cavité du péritoine.

Entre le rectum terminé en cul-de-sac et l'anus existe un espace de plus de 3 centimètres espace comblé par un tissu fibroïde très dense, qui, au centre, a tous les caractères du tissu cicatriciel,

Cette observation montre l'importance que l'on doit attacher à l'opération de l'anus imperforé même dans les cas les plus simples en apparence.

Lorsque cette petite fille a été opérée, le lendemain de sa naissance, la ponction avec le bistouri a suffi pour donner écoulement aux matières et l'on s'en est tenu là au lieu de réunir par des points de suture la muqueuse à la peau, comme le conseille Amussa¹, et dilater ensuite méthodiquement pour obvier au rétrécissement cicatriciel.

OBSERVATION XXIII (du docteur Dudon).

Polyclinique de Gorée (Sénégal).

Archives de Médecine navale, 1876.

Anus normal. Inperforation du rectum. Ponction avec l'inspateur Dieulafoy. Incision au bistouri. Mort.

Le 11 juillet 1875.— A six heures du soir, la demoiselle D... de Gorée mettait au monde un enfant du sexe masculin à terme.

L'enfant était bien conformé. L'anus que j'examinai était normal.

Le 12 au matin. — L'enfant n'avait pas rendu de méconium ; cependant il ne manifestait aucun signe de souffrance ; il avait uriné. On lui avait donné depuis sa naissance plusieurs cuillères d'un mélange d'huile d'olive et de miel. Procédant à une exploration plus complète de l'anus, je constatai qu'une sonde de femme s'arrêtait à 2 centim. environ. Le doigt introduit dans l'anus, après avoir vaincu la résistance du sphincter externe, s'arrêtait dans un cul-de-sac. Une opération était indispensable.

Le soir, le ventre était tendu, l'enfant poussait des cris continus, il paraissait faire de violents efforts. Il n'y avait eu aucun vomissement.

Le 13. — L'état général est plus mauvais.

N'ayant aucune notion sur la situation et la hauteur du rectum, j'eus l'idée de me servir comme instrument explorateur et conducteur du petit instrument Dieulafoy. Le vide préalablement fait, l'aiguille moyenne montée sur l'appareil, et un spéculum dilatant l'anus, j'enfonçai l'aiguille dans le fond du cul-de-sac, parallèlement à la courbure du sacrum en inclinant vers lui.

Après 2 centimètres d'introduction, le robinet ouvert n'amène rien. Refermant le robinet j'enfonçai l'aiguille d'un centimètre, les gaz se précipitèrent dans le corps de trompe sans méconium. J'étais sûr d'avoir pénétré dans le rectum. J'entoure d'un linge fin la lame d'un bistouri jusqu'à 3 centim. de la pointe, et, la lame étant tournée vers le sacrum, le bistouri introduit en suivant l'aiguille exploratrice, je fais une ponction.

La pointe pénètre dans un espace libre et des gaz s'échappent par l'anus.

Pas d'hémorrhagie, une sonde de femme est introduite avec la plus grande facilité dans le rectum; l'enfant, soulagé par l'expulsion des gaz crie moins, mais le méconium ne s'évacue pas.

L'appareil de Dieulafoy est adapté (sans aiguille) sur le pavillon de la sonde, et de l'eau tiède introduite dans le rectum pour diluer le méconium. Un instant après le vide amène dans le corps de pompe du méconium très visqueux. Cette opération répétée huit à dix fois, l'enfant s'endort. Je prescrivis une potion huileuse.

Les accidents primitifs de l'occlusion du rectum étaient enrayés : il restait à dilater la voie artificielle et à empêcher son rétrécissement ultérieur.

Je comptais maintenir le canal artificiel au moyen des doigts de la mère, souvent introduits dans le rectum : mais le petit doigt même ne pouvait entrer, non tant à cause du resserrement de ce canal, qu'à cause de la résistance du sphincter anal l'éloignement du rectum nécessitant l'introduction du doigt jusqu'au plein de la première phalange.

Je me bornai à faire introduire toutes les 3 heures et pendant un quart d'heure chaque fois l'extrémité des sondes de Mayor en étain. Les n^{os} 2 et 3 entrent facilement dans le rectum.

Le 16. — J'introduis le n^o 6.

Le 17. — Un étui de porte-nitrate pénètre dans le rectum. Il s'écoule un peu de sang.

Pour franchir la portion rétrécie, il faut enfoncer l'instrument à 6 centimètres. Les résistances sont à 2 centimètres et demi, et 5 centimètres et demi : à l'entrée et à la sortie du tissu lacéré. Je fais construire six dilateurs spéciaux, gradués,

ogivo-cylindriques. L'introduction a lieu suivant mes conseils.

Le 17 octobre. — L'enfant meurt de bronchite capillaire ?

OBSERVATION XXIV (de Polaillon).

Union médicale, 1877.

Imperforation du rectum. Anus normal. Ponction. Guérison.

La nommée B..., femme S..., âgée de 34 ans, accouche le 14 mars de son sixième enfant. Il ne présente aucun vice de conformation extérieure. Le lendemain de sa naissance, cet enfant n'avait pas rendu de méconium. Il avait vomi des mucosités et le lait qu'on lui avait donné. Son ventre était ballonné.

L'anüs était normal. Mais en introduisant une sonde en gomme dans le rectum elle se trouva arrêtée à une profondeur de deux centimètres.

L'enfant me fut présenté vingt-six heures après sa naissance.

Un fin trocart explorateur fut introduit par l'anüs et poussé dans la direction du rectum. En perforant les tissus, il produisit un petit bruit analogue à un coup d'aiguille donné dans une membrane tendue.

On adapta une seringue aspiratrice au trocart : des gaz et une petite goutte de méconium sortirent par la canule.

Un bistouri pointu ayant été entouré de sparadrap jusqu'à 3 ou 4 millimètres de sa pointe et celle-ci ayant été protégée par une boulette de cire, je dirigeai ce bistouri sur le doigt dans la direction connue de l'ampoule rectale et je pénétrai dans celle-ci. Des gaz sortirent, mais le méconium ne s'écoulait pas. J'introduisis une sonde cannelée et un bistouri boutonné fut conduit sur cette sonde, je débridai assez largement l'ampoule en

arrière. Quelques gouttes de sang. Trois heures après l'opération, l'enfant n'avait pas encore rendu de méconium, un lavement fut administré.

Le liquide du lavement fut expulsé peu après avec une grande quantité de méconium.

L'enfant se mit à téter. Les matières fécales avaient un libre cours. La santé de l'enfant était parfaite lorsque la mère sortit de la Maternité.

Après la lecture de cette observation, M. Charrier dit : J'ai vu plusieurs fois, à la Maternité, des opérations pratiquées pour ce genre de lésion, et bien que l'opération eût été très simple, j'ai vu néanmoins la mort survenir après un certain temps.

OBSERVATION XXV (du D^r Bernard, de Roubaix).

Journal des sciences médicales de Lille, 1886.

Anus normal. Imperforation du rectum. Cloison transparente.

Déchirure au moyen des pinces de Liston. Guérison.

Je suis appelé 48 heures après la naissance, le 5 mars, auprès d'un enfant qui ne pouvait pas aller à la selle.

Il s'agit d'un enfant extérieurement bien conformé, l'anus paraît normal, mais en enfonçant la canule de la seringue celle-ci est arrêtée à un centimètre du sphincter externe, aucun liquide ne pénètre et rien ne sort de l'intestin ; c'est alors qu'on vient m'appeler.

Examen. — Le petit doigt introduit dans le rectum sent une masse molle qui paraît séparée de l'anus par une cloison mince.

J'introduis dans l'anus un rhinoscope fenêtré de Duplay et dans le fond du cul-de-sac je vois une paroi brune au niveau de laquelle le méconium est presque visible par transparence : je complète l'exploration en recherchant s'il n'existe pas d'abouchements anormaux dans l'appareil génito-urinaire et ne trouve rien.

Opération. — Enfant disposé comme pour la taille. Ponction à deux endroits avec l'appareil Potain, le méconium s'échappe. Par l'un des orifices de ponction j'introduis une pince de Liston en la faisant tourner et en l'ouvrant légèrement, et pour tout pansement, j'introduis dans le rectum une mèche d'ouate imbibée de vaseline boriquée. Le méconium est rendu dans la journée, le 3 juin l'enfant continue à bien aller. La ponction n'a pas été employée seule

OBSERVATION XXVI (du Dr Étienne).

In thèse de Nancy, 1890.

Anus normal. Imperforation du rectum. Ponction et incision au bistouri. Mort.

Garçon âgé d'un jour. Anus normal. En introduisant le doigt dans cette dépression il semble qu'il soit refoulé par l'ampoule rectale,

Urine limpide sans méconium.

Opération le 18 décembre 1885. — On fait écarter les deux fesses et on enfonce profondément le bistouri dans la dépression, on prolonge l'ouverture en avant et en arrière. On a ainsi une ouverture mesurant à peu près quatre centimètres de longueur, on continue à disséquer dans la profondeur à un mo-

ment donné, irruption au dehors d'un peu de méconium et de gaz intestinaux. Plaie ensuite abandonnée à elle-même, dilatation au moyen d'un tampon de charpie.

Le 19. — L'enfant n'a plus expulsé de méconium depuis la veille ; aussi nouvelle intervention. Une sonde cannelée est introduite dans la profondeur, elle s'engage dans une ouverture par laquelle se produit une expulsion de gaz, d'un peu de méconium, on agrandit l'ouverture à l'aide d'un bistouri glissé sur la sonde cannelée.

Écoulement d'une grande quantité de méconium.

Plaie abandonnée à elle-même.

Le 20. — L'enfant n'expulse pas de méconium.

Le 21. — Expulsion de méconium.

Le 22. — Expulsion de méconium, néanmoins ventre très dur, douloureux. Volumineux écoulement de méconium et d'un liquide qui semble être de l'urine.

Le 23 et le 24. — Emission de méconium et d'un liquide qui ressemble à l'urine.

Le 26. — Mort de l'enfant.

Autopsie. — Le colon descendant est fortement dilaté sur une longueur de 10 centimètres ; puis arrivé à la partie inférieure il se rétrécit de plus en plus pour plonger dans l'intérieur du bassin et se terminer en une ampoule qui a été ouverte par l'opération au niveau de la partie inférieure de la vessie. Orifice conduisant dans le gros intestin.

L'incision aveugle a ouvert la vessie.

OBSERVATION XXVII

Imperforation ano-rectale d'abord traitée par le procédé du trocart. Anus artificiel au 50^e jour. Mort. Par le D^r Delanglade professeur suppléant à l'école de médecine de Marseille. M. Broca rapporteur. (Bulletin de la société de chirurgie 1899).

Le 16 juillet 1897, on apporta au dispensaire des enfants malades un garçon de cinquante jours qui était né avec l'anus imperforé. On commença par ne pas s'inquiéter de l'absence de méconium et au quatrième jour seulement, comme étaient survenus des vomissements et du météorisme, comme l'enfant avait toujours refusé de téter, le médecin se décida à intervenir.

Le cas est de ceux où on est excusable de ne pas porter de diagnostic immédiat : l'anus en effet, était extérieurement bien conformé et dès lors, si selon la règle absolue on avait regardé sitôt après la naissance la région ano-périnéale, on aurait été excusable de méconnaître un vice de conformation profond que rien à l'extérieur ne faisait prévoir. L'oblitération portait à 3 centimètres au-dessus de la marge de l'anus.

Un médecin appelé donna un coup de trocart pour mettre en perce l'imperforé, immédiatement s'échappa une quantité énorme de méconium, un plein saladier, paraît-il (nous sommes à Marseille), et le jour même l'enfant se met à téter. Mais dès le jour suivant, les matières ne passent plus, les évacuations se reproduisent seulement sous forme de vomissements fécaloïdes répétés plusieurs fois par jour. Au niveau de l'anus, de temps à autre, une tache jaune ; mais c'est du pus et pas autre chose. Au bout de 22 jours, le trajet redevient spontanément

perméable et pendant quatre jours les matières passent et les vomissements diminuent. Mais ce fut passager depuis 19 jours l'oblitération s'était reproduite complète, les vomissements étaient incessants l'état général s'aggravant de jour en jour, on présenta l'enfant à M. Delanglade.

L'enfant paraissait mourant : tête, cou, thorax et membres étaient dans un état de maigreur effrayant. Seul le ventre était énorme et littéralement tendu à éclater. La respiration était anxieuse et précipitée, les extrémités sont froides et bleues, le pouls imperceptible. L'orifice anal est tout petit.

En arrière de lui et en avant du coccyx, deux petits points déprimés d'aspect cicatriciel. La fosse ischio-rectale droite bombe fortement : ses téguments sont légèrement rosés. En appuyant un peu à sa surface, on fait sourdre du pus par l'anus. L'index introduit dans cet orifice ne pénètre pas au-delà de la première phalange ; il est arrêté par une sensation de résistance très marquée.

Une opération était sans doute désespérée, mais il fallait l'entreprendre, et l'événement démontra que cette décision n'avait rien de trop audacieux. Mais quelle voie choisir pour rétablir le cours des matières ? En raison du phlegmon de la fosse ischio-rectale, M. Delanglade se décida avec raison pour l'anus contre nature, quitte à reprendre la voie périnéale si l'enfant guérissait.

Sans anesthésie, naturellement, l'incision iliaque classique est donc pratiquée ; mais à peine le péritoine est-il ouvert qu'un paquet volumineux d'anses intestinales fait hernie. Elles sont distendues au maximum par les gaz, leur couleur est rougeâtre, leur surface dépolie est recouverte par places d'un exsudat grisâtre, léger et peu adhérent. Après de vains essais

de réduction et devant la dépression extrême de l'enfant M. Delanglade incise le bord libre de l'intestin sur deux centimètres environ ; les gaz s'échappent avec force et les anses s'affaissent rapidement : une pince est appliquée, sur l'ouverture intestinale et la réduction après toilette, du reste de l'intestin est facile. Il ne s'écoule qu'une quantité insignifiante de matières.

L'enfant était presque syncopé et on eut grand peine à le ranimer quelque peu. On le rapporta le lendemain à la visite du matin ; il était resté en état de shock jusque vers minuit puis il s'était définitivement réchauffé, avait tété et n'avait plus vomé. Il était souillé des pieds à la tête par des matières de bon aspect, ressemblant à des œufs brouillés. Le pouls est aisément perceptible, M. Delanglade profite de l'amélioration de l'état général pour inciser et drainer l'abcès ischio-rectal, ce qu'il n'avait osé faire la veille, tellement l'enfant se trouvait en état de shock.

Au sixième jour, les fils sont retirés ; réunion complète. L'abcès périnéal est presque cicatrisé. Deux mois plus tard l'enfant succomba à la campagne. L'autopsie n'a pas été faite

Cette observation montre d'une façon trop évidente les dangers de la ponction.

II. — Méthode de la recherche du rectum par le périnée (opération d'Amussat).

Méthode de la périnéotomie associée à la laparotomie.

Ayant à opérer un enfant présentant une imperforation du rectum avec anus normalement conformé, on devra se comporter comme si l'anus n'existait pas et ne jamais intervenir par la voie naturelle en portant l'instrument dans le cul-de-sac anal.

Il faut inciser le périnée postérieur de l'orifice anal au coccyx, comprenant dans l'incision la partie postérieure de l'orifice anal puis aller à la recherche de l'ampoule rectale. Quand on l'a trouvée on l'ouvre et on fixe au niveau de l'orifice anal les lèvres de la plaie intestinale.

Telle est, en résumé, l'opération qu'on devra exécuter.

L'intérêt considérable qu'il y a d'agir de la sorte dans le cas particulier c'est que généralement le sphincter existe, on aura ainsi créé un anus continent, la fonction se trouvera unie à la forme.

Il est utile de nous rendre compte des dimensions de l'espace dans lequel il faudra opérer. Ces dimensions ont été étudiées avec soin dans une thèse de Lyon par Maire (1887). Nous avons vérifié ces dimensions par des mensurations faites à la maternité de Lariboisière dans le service du docteur Bonnaire. Entre la racine du scrotum et la pointe du coccyx, il y a chez le nouveau-né 4 cent. ou 4 cent. 1/2 chez le garçon, chez la petite fille entre la commissure postérieure et le coccyx 5 cent. D'une tubérosité des ischions à l'autre il y a 2 cent. 1/2 à 3 cent.

L'espace dans lequel on opère sera donc un losangé ayant comme diagonale 4 et 3.

Ajoutons d'après Lemaître que la distance du coccyx et de l'anus à l'angle sacro-vertébral est de 5 à 6 cent. Le cul-de-sac vésico-rectal est à 3 cent. de l'anus, le cul-de-sac recto-utérin à 2 cent. $1/2$.

Dans les cas de malformation, ces dimensions peuvent un peu varier.

Les malades opérés par M. Verneuil (observ. XXVIII) par M. M. Gillette (observ. XXXI) par M. Kirmisson (observations XXXVI, XXXVIII, LX) par Chalot (observ. XLII) avaient des anus continents.

L'enfant doit être placé dans la position de la taille. On peut le soumettre à l'anesthésie, ce n'est pas indispensable.

L'opération comprend trois temps principaux : incision de la peau, du tissu cellulaire, recherche et libération du rectum, sutures et ouverture. Chacun d'eux demande à être décrit avec soin.

Premier temps. — Incision de la peau, du tissu cellulaire.

La meilleure ligne d'incision est antéro-postérieure, elle s'étend depuis le coccyx jusqu'à l'orifice anal dont elle intéresse la partie postérieure, elle devra toujours être faite sur la ligne médiane (ce qui permettra d'éviter les vaisseaux) cette ouverture donne en général un jour suffisant, ses bords seront écartés par les soins d'un aide.

Les débridements transversaux seraient inutiles. Il est facile de s'en assurer sur un petit cadavre (Durand) de Lyon.

Dans certains cas, le doigt introduit dans la plaie créée

a la sensation d'une rénittance particulière indice de la proximité de l'intestin. Les cris de l'enfant, les efforts rendent plus nets ces signes précieux.

Souvent au contraire, l'examen le plus minutieux ne révèle rien. Il faut alors aller à la recherche de l'intestin avec la plus grande prudence.

Pour agrandir la voie périnéale, on pourra suivant le conseil de Verneuil, réséquer le coccyx en parti ou entier. Certains auteurs ont conseillé la résection d'une partie du sacrum.

Les fosses ischio-rectales ouvertes et largement béantes au regard il faut se porter tout en arrière, contre le sacrum, se tenir constamment dans sa concavité, évitant avec le plus grand soin de s'égarer vers le milieu de l'excavation. On doit savoir que le conduit utéro-vaginal chez la petite fille, la vessie chez le petit garçon ont la plus grande tendance à se porter en arrière, à tomber pour ainsi dire sur les vertèbres sacrées. Un écart du bistouri pourrait avoir des conséquences fâcheuses.

Lorsqu'on aura écarté les faisceaux du releveur et déchiré son aponévrose avec un sonde cannelée on avancera doucement dans l'excavation, palpant continuellement du bout du doigt, écartant les tissus avec un instrument moussé sans employer le bistouri.

Après une recherche plus ou moins longue et laborieuse menée avec d'autant plus de circonspection qu'on s'est enfoncé plus avant, on verra apparaître le cul-de-sac rectal distendu de méconium : on n'oubliera pas que les cris de l'enfant influent sur la saillie de l'organe.

Dans les observations que nous avons recueillies, le

chirurgien a une fois le cordon fibreux qui d'après les auteurs relie le cul-de-sac rectal à l'anüs.

« Dans les cas complexes, lorsqu'après un forage de 60 millimètres environ, l'intestin n'apparaît pas, il ne faut pas, comme le précepte est encore aujourd'hui universellement donné, abandonner la partie et établir un anus iliaque.

Il faut, après avoir introduit dans la vessie ou le vagin chez la petite fille une sonde pour s'en servir comme point de repère, continuer ce travail de mine, peu agréable sans doute pour les chirurgiens qui ont horreur de ces manipulations souterraines, perforer le péritoine, s'il est rencontré avant l'intestin et aller à travers la perforation à la recherche de l'extrémité inférieure de l'intestin. Cette opération porte dans la chirurgie allemande le nom d'opération de Stromeier du nom de son inventeur qui ne l'exécuta d'ailleurs jamais — » Froelich de Nancy.

L'intestin atteint on le libérera prudemment; le plus souvent cet acte est facile.

Troisième temps. — Sutures et ouverture.

Lorsque l'intestin aura été libéré et attiré au périnée, il faudra le fixer au niveau de l'orifice anal.

Les sutures seront faites avec le plus grand soin de façon à bien accoler la face externe de l'intestin aux parois cruentées.

Les sutures seront assez rapprochées pour s'opposer à l'infiltration de matières entre le rectum et le sphincter anal. Bien entendu les points seront interstitiels, ne pénétrant jamais la muqueuse rectale et n'intéresseront pas les fibres du sphincter, les anses de fils passeront en

dehors des fibres circulaires du sphincter. On donnera alors issue aux matières.

La partie postérieure de la plaie s'étendant de l'orifice anal au coccyx ou plus haut sera suturée.

Si malgré le travail de mine recommandé par Frœlich on n'atteint pas le cul-de-sac péritonéal ou si l'ayant perforé on ne parvient pas à attirer l'extrémité inférieure de l'intestin, quelle conduite devra-t-on tenir ?

Macleod en 1880 a conseillé de faire séance tenante la laparotomie, de perforer de haut en bas le cul-de-sac péritonéal et d'introduire dans cette perforation l'extrémité de l'intestin que l'on attire ensuite au périnée et que l'on y suture.

« En conséquence, dit Macleod, je présente la méthode suivante, qui conduira, je crois à des résultats plus satisfaisants. Après avoir fait l'opération ano-périnéale, sans trouver l'extrémité inférieure de l'intestin, faire une incision de la paroi abdominale sur une longueur convenable entre l'ombilic et le pubis et sur la ligne médiane ou un peu à gauche pour éviter l'artère de l'ouraque et l'hypogastrique. Ensuite introduire l'index de la main gauche dans la cavité abdominale, examiner le côlon descendant et le rectum pour découvrir le siège et les relations du cul de-sac inférieur, puis passer le même doigt à droite dans le pelvis et sur la ligne médiane (derrière l'utérus chez la femme, la vessie chez l'homme), et avec le bout du doigt, repousser au dehors le plancher pelvien. Couper sur le bout du doigt, comme guide, en ouvrant ainsi la cavité péritonéale par en bas. Ensuite, introduire l'index de la main droite dans le périnée et guidé et

assisté du gauche, accrocher avec le bout du doigt l'intestin, l'attirer vers l'extérieur et le sortir à travers l'incision périnéale. Refermer l'ouverture abdominale, ouvrir ensuite l'intestin et coudre ses bords au bord de la plaie périnéale de la façon décrite plus haut. Si l'on éprouvait quelque difficulté de la part des insertions mésentériques, lors de l'abaissement de l'intestin, vers le périnée (et cela seulement dans les cas les plus mauvais) le mésentère pourrait être déchiré ou coupé et les vaisseaux liés quel que soit le degré de la malformation, que le rectum se trouve à droite, en partie ou complètement imperforé, qu'il s'ouvre dans l'utérus, le vagin, la vessie ou l'urèthre, on peut toujours, lorsque l'opération ano-périnéale n'est pas possible, employer ce procédé.

L'opération devra être faite avec toutes les précautions antiseptiques qui diminuent ainsi de beaucoup les risques qu'on court, quand on a affaire au péritoine. L'hémorrhagie serait moindre que dans l'opération de Littre. L'intestin devra être ouvert en dehors du corps, et le risque de la pénétration du méconium dans la cavité péritonéale, sera évité par ce seul fait.

De plus, le résultat, vu la position de l'anus artificiel, serait certainement meilleur. D'un autre côté on manipule plus le péritoine et on l'ouvre par en haut; mais avec l'aide des antiseptiques le risque supplémentaire pourrait, je pense être contre-balancé par les avantages. Les adhérences étendues du péritoine seraient un obstacle à l'opération, mais on ne les rencontrera probablement pas, si cette malformation était reconnue et traitée de bonne heure, comme dans le cas relaté ici.

Macleod fait allusion à un cas d'absence du rectum avec anus normal qu'il traita par l'opération de Littre.

L'enfant mourut, Macleod fit l'autopsie et conçut l'opération qu'il indique.

Une opération présente peu de succès quand la péritonite a commencé. Si un cas comme celui-ci se représentait, pour être traité, j'essaierai certainement la méthode que j'indique.

En 1896, Chalot de Toulouse exécuta cette opération avec succès. Avec Chalot nous pensons que dans le cas particulier la laparotomie latérale est préférable à la laparotomie médiane.

Pour prévenir le rétrécissement on fera bien de dilater de temps à autre le conduit ano-rectal avec l'auriculaire.

Sur 13 observations que nous avons recueillies relatant la périnéotomie, à laquelle on associait suivant le besoin la résection du coccyx, du sacrum, l'ouverture du cul-de-sac péritonéal (observ. de Leisrinck) nous relatons 10 guérisons et 3 morts (une fois la mort survint au bout d'un mois) la distance qui séparait le rectum de l'anús variait de 10 *millimètres* à 70 *millimètres* (cas de Leisrinck)

Nous avons cité pour mémoire l'observation de Jondeau nous rejettons l'intervention qu'il a employée.

OBSERVATION XXVIII (de M. Verneuil).

Bulletin de la Société de chirurgie 1873. Imperforation du rectum. Anus bien conformé. Opération d'Amussat et résection du coccyx. Guérison.

En 1864, je fus appelé par M. le Dr Campardon père, pour opé-

rer un enfant du sexe masculin né depuis deux jours et atteint d'imperforation du rectum.

L'anus bien conformé, se terminait en cœcum à une profondeur de 18 *millimètres* environ. Le fond du cul-de-sac n'était ni fluctuant, ni distendu, même pendant les cris.

Je commençai à tendre en arrière l'infundibulum anal pour en examiner le fond avec attention. Je n'y découvris aucune trace d'ouverture. Je prolongeai donc l'incision médiane en haut et en arrière jusqu'à la pointe du coccyx. Je pénétrai à petits coups, creusant toujours le sillon, jusqu'à une profondeur de 15 *millimètres* sans rien trouver.

Enfin en explorant l'extrémité de la plaie, je crus sentir, au devant de la pointe du coccyx et plus haut que cette pointe, une saillie résistante. Je poursuivis la dissection dans ce point et je finis par apercevoir une saillie brunâtre et arrondie. Les cris de l'enfant la faisaient quelque peu bomber, mais non descendre, il me parut évident qu'il manquait 15 *millimètres* du rectum et qu'il me serait difficile d'attirer en bas la terminaison de l'intestin. La pointe du coccyx recouvrait cette terminaison. La résection était tout indiquée. Je la fis dans l'étendue 6 *millimètres* ; presque aussitôt la tumeur brunâtre fut exposée à la vue je l'incisai à son extrémité libre. La plaie et le lit d'opération furent inondés de méconium qui me cacha tout le champ opératoire. J'absterges les matières, mais à peine me mettais-je en devoir d'écarter les lèvres de l'incision que l'enfant criait de nouveau et expulsait de nouveau un flot de méconium. Cela se renouvela plusieurs fois et retarda beaucoup la fin de l'opération. Enfin le débordement cessa, mais l'intestin n'étant plus distendu était remonté et je ne pouvais plus distinguer ni saisir par conséquent les lèvres de l'incision intestinale. J'étais fort em-

barassé pour porter l'œil et les instruments plus haut, je n'hésitai pas à retrancher encore 5 millimètres du coccyx. Après quoi je promenai sur la plaie un jet d'eau froide et j'aperçus enfin l'ouverture intestinale. Je la saisis avec précaution et l'abaissai de mon mieux, mais seulement de quelques millimètres. Il aurait fallu, pour obtenir une migration plus étendue ou faire une dissection dangereuse ou exercer des tractions qui auraient bien pu déchirer la paroi intestinale, du reste fort mince.

Je me contentai donc, après avoir passé deux fils dans chaque lèvre, de traverser ensuite la peau de dedans en dehors et de serrer ainsi les quatre sutures. Il en résulta que l'embouchure rectale dirigée obliquement en arrière ne se confondait pas avec l'anus situé plus bas et plus en avant et que les deux orifices étaient en quelque sorte superposés et séparés par un repli falciforme dont le bord libre regardait en arrière. Néanmoins, et c'était la chose importante, la suture était ainsi disposée que toute infiltration du méconium dans le tissu cellulaire pelvien était empêchée.

Les suites furent très simples et la guérison de la plaie était complète au bout de trois semaines. Il y eut même, en dépit de l'introduction réitérée du doigt, formation d'un rétrécissement valvulaire à la rencontre de l'infundibulum anal et du bout incisé de l'intestin. C'est pourquoi, deux mois après l'opération, je crus nécessaire de faire sur ce rétrécissement deux débridements perpendiculaires à la valvule et la divisant dans l'étendue de 4 à 5 *millimètres*. La dilatation digitale fut reprise trois fois par jour avec persévérance de façon que les dimensions de l'orifice finirent par rester invariables. Qu'au bout de quelques mois, la rétraction inodulaire n'était plus à craindre, qu'il n'y avait ni rétention, ni incontinence des matières. J'ai

revu cet enfant plusieurs fois, il est robuste et bien portant et ne conserve pas la moindre trace matérielle ni fonctionnelle de son vice de conformation. L'anus lui-même a repris sa forme et sa situation à peu près normale. Il est constitué, en effet, dans la majeure partie de sa circonférence par l'anus primitif qui, nous le savons, était bien conformé, en arrière seulement, il est formé par une cicatrice très limitée, répondant à l'incision ano-coccygienne. La perte de substance du coccyx ne saurait être reconnue.

OBSERVATION XXIX (de M. Verneuil).

Bulletin de la société de chirurgie 1873.

Imperforation du rectum. Anus normal. Opération d'Amussat avec résection du coccyx. Mort.

Le Dr Epron me présenta à l'hôpital Lariboisière, le 4 août 1866, un enfant masculin bien constitué et né à terme dans la nuit du 1^{er} août.

En attendant la nourrice, on s'était borné à donner quelques cuillerées d'eau sucrée. Le 3 août, quelques vomissements et quelques coliques appelèrent l'attention et l'on reconnut l'imperforation.

Nous constatâmes l'état suivant : ventre ballonné, non douloureux au toucher ; les anses intestinales, visibles à travers la paroi sont animées de mouvements vermiculaires, la face est pâle, non grippée, la peau n'est point ictérique. L'enfant est extrêmement affaîssi, à ce point que pendant l'opération, il ne poussa pas un cri et ne fit pas un effort. Le périnée, les organes génitaux externes, l'orifice anal sont bien conformés, mais une sonde de femme est arrêtée à dix millimètres. L'extrémité du petit doigt, portée jusqu'au fond du cul-de-sac ne perçoit

aucune résistance, aucune fluctuation révélant la présence de l'intestin distendu.

Je procède à l'opération. L'enfant est placé sur le bord d'un oreiller, couché sur le ventre, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses à angle droit.

Incision partant de la pointe du coccyx, s'étendant jusqu'à l'anus et divisant sur la ligne médiane le cul-du-sac anal. Un cordon fibreux fait suite à ce cul-de-sac et se prolonge en haut. J'essaye de le suivre, espérant qu'il me conduira, jusqu'à l'intestin, mais c'est en vain et à 2 centimètres de profondeur, je n'ai rien trouvé encore. Peut-être eussè-je abandonné l'opération, si j'avais eu un moyen sûr de pénétrer plus loin et sans danger dans la profondeur du bassin.

Faisant écarter avec des crochets, les bords de la plaie, je prolongeai en haut l'incision médiane d'un bon centimètre, je mis ainsi à nu la face postérieure de la pointe du coccyx. Je détachai avec des ciseaux les parties molles s'insérant aux bords latéraux de cette pointe et enfin je retranchai un centimètre de l'os. Je tombai sur un tissu filamenteux, assez résistant, dont j'incisai une certaine épaisseur sur la ligne médiane.

Portant alors au fond de la plaie l'extrémité de l'index, je perçus distinctement une saillie résistante que je me mis en devoir de mettre à découvert. Je continuai donc la dissection enlevant avec la pince et les ciseaux de petits lambeaux de tissu cellulaire et me débarrassai par un filet d'eau froide, du sang, d'ailleurs peu abondant, qui me masquait l'aspect du fond de la plaie.

J'avais toujours grand soin de ne pas perdre la ligne médiane et de placer toujours les crochets de façon à écarter les parties molles bien symétriquement sur les côtés. Après quelques minutes de cette dissection méthodique, je vis enfin une tache

livide tout à fait en haut de la brèche profonde que je venais de creuser.

L'enfant ne faisait aucun effort et ne poussait aucun cri. Je pressai directement sur l'abdomen pour faire saillir l'ampoule et j'acquis enfin la conviction que nous avions bien réellement sous les yeux la terminaison intérieure de l'intestin.

Avec le bout de la sonde cannelée, j'isolai de mon mieux la saillie rectale dans l'étendue d'un centimètre carré.

Pour éviter l'ascension de l'intestin qui m'avait si fort gêné dans l'opération précédente, je résolus de fixer cette saillie avant de l'ouvrir. Agissant comme dans le procédé d'entérotomie de Nélaton, je passai, à l'aide d'une aiguille courbe quatre fils, deux de chaque côté à travers la peau et les parois de l'ampoule et parvins ainsi à attirer doucement cette dernière jusqu'à une petite distance de la surface ; les anses furent confiées à mes aides deux par deux sans être nouées. J'incisai alors entre les fils de droite et ceux de gauche, dans l'étendue de 7 ou 8 *millimètres*.

Un grand flot de méconium, mêlé de gaz s'écoula aussitôt. Dès que l'issue en fut complète, ce qui exigea plusieurs minutes, je nettoyai la plaie avec un courant d'eau et me mis en devoir de serrer les sutures. J'en ajoutai même deux nouvelles sur la ligne médiane, l'une en haut vers l'extrémité réséquée du coccyx, l'autre réunissant la commissure antérieure de l'ouverture intestinale avec le fond du cul-de-sac anal.

Ceci terminé, l'orifice nouveau était bien ouvert et admettait sans peine la dernière phalange du petit doigt. Il n'était guère qu'à 7 ou 8 *millim.* de la surface de la peau. A la vérité, les sutures tendaient fortement la paroi intestinale et la peau.

L'opération avait duré plus de vingt minutes mais la perte de

sang avait été très minime, en sorte que l'état de l'enfant n'était pas plus mauvais qu'avant. J'aurais voulu conserver le petit patient sous ma direction pendant les premiers jours au moins, mais malgré mon insistance les parents voulurent l'emporter. Je leur indiquai les précautions à prendre et les soins à donner. M. Epron voulut bien se charger de diriger la cure. Soit que les prescriptions aient été mal suivies, soit plutôt que l'opération ait été trop tardivement faite, toujours est-il que la mort survint quarante-huit heures plus tard. Il y avait eu tout d'abord une amélioration très marquée, puis l'affaissement et la stupeur s'étaient reproduits et l'enfant avait succombé lentement sans apparence de périlonite, ni d'autre affection bien caractérisée.

OBSERVATION XXX (de Verneuil).

Bulletin de la Société de chirurgie 1873.

Entérotomie périnéale sur un enfant de quatre jours en fort mauvais état, pour imperforation du rectum avec anus bien conformé. Mort.

L'anus, bien conformé est normalement situé dans un pli interfessier profond, se termine en cul-de-sac à quelques millimètres de son orifice, le périnée n'était ni bombé ni fluctuant, rien n'indiquait même approximativement la situation ni l'existence de l'ampoule rectale. Un médecin avait ponctionné le fond du cul-de-sac anal avec un bistouri aigu, il lui semblait avoir ramené au bout de la sonde cannelée un peu de méconium, mais il n'avait pas été plus loin.

Malgré l'état désespéré du petit être je voulais tenter l'opération d'Amussat ; à partir de la pointe du coccyx, j'incisai couche sur couche sur la ligne médiane dans une étendue de 15 millimètres, je perçus alors à la partie supérieure de l'inci-

sion, sous la pointe du coccyx une sorte de rénittance profonde produite par une poche remplie de liquide. Je ponctionnai avec le bistouri, il s'écoula une grande quantité de méconium. Je pus sans trop de peine attirer en bas les bords de l'incision rectale et les fixer à la peau. Par six points de suture, je prescrivis des injections internes et l'introduction souvent répétée du doigt dans l'orifice nouveau. Le succès fut inespéré, l'enfant revint à la vie comme par enchantement. Au bout d'un mois les choses étaient en si bon état que je communiquai le fait comme un succès à la société de chirurgie. La santé générale ne laissait rien à décider. Les matières étaient bien retenues. L'orifice confondu avec le vestige de l'anus normal était bien constitué et tendait seulement à se retrécir quelque peu.

Les parents habitaient la campagne, ils emmenèrent l'enfant, j'ignore ce qui se passa, mais je sais qu'au bout d'une semaine faute de soins peut-être, la mort est survenue.

Dans ce cas la position relativement peu profonde de la terminaison du rectum avait rendu l'opération facile. L'intestin avait été découvert vers la pointe du coccyx, on n'avait pas eu besoin d'entamer cet os.

OBSERVATION XXXI (de Gillette).

(Union médicale 1877).

**Anus normal. Imperforation du rectum opération
d'Amussat avec résection du coccyx. Guérison.**

Garçon âgé de 3 jours, venu à terme bien conformé a rendu des urines à plusieurs reprises, pas de méconium. Le deuxième jour il avait commencé à téter. Depuis trente six heures, il refuse de prendre le sein.

Pas de vomissements, ventre ballonné, veines dilatées. Un bec de sonde de femme pénètre dans l'anus à quelques millimètres.

Le petit est couché dans le décubitus dorsal, position de la taille. Cathétérisme de la vessie, opération d'Amussat, résection du coccyx. Ampoule rectale trouvée à 2 centimètres et demi de profondeur.

Pansements à l'eau alcoolisée. Réunion par première intention. Dilatation temporaire faite de loin en loin et abandonnée au bout de six semaines. Selles quotidiennes, pas d'incontinence.

Enfant revu à six mois. Anus parfaitement constitué. Pas de rétrécissement, pas d'incontinence.

OBSERVATION XXXII (d'Hydenreich)

Revue médicale de l'Est.

Anus normal. Imperforation du rectum. Opération d'Amussat. Guérison.

Fille âgée de deux jours.

Anus surmonté d'un cul-de-sac qui laisse pénétrer l'extrémité du doigt. On ne sent pas nettement l'ampoule rectale à ce niveau. Un doigt est introduit dans le vagin qui est d'une ampleur très grande et laisse passer la totalité du doigt, entre ce doigt et le sacrum on sent une masse molle qui devait être certainement l'ampoule rectale.

Opération pratiquée immédiatement. Ponction exploratrice. Opération d'Amussat. Guérison.

OBSERVATION XX XIII (de M. Broca)

Revue des maladies de l'Enfance, 1891.

**Anus bien conformé. Rectum imperforé. Existence d'un fin
pertuis. Opération d'Amussat. Guérison.**

Mon opéré est un garçon né le 29 décembre à une heure du matin. C'est un deuxième enfant.

Dans la famille il n'y a aucune malformation. L'enfant est né à terme. Jusque dans la journée du 30 on ne s'aperçoit de rien ; puis on constate qu'il ne sort pas de méconium et dans la soirée on apporte l'enfant à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier que j'avais l'honneur de suppléer. M. Paquy externe du service m'envoya chercher, mais on ne me trouva point et comme l'état général était très bon, M. Paquy préféra attendre.

L'enfant me fut donc apporté le lendemain matin à 9 heures.

C'est un garçon bien conformé de partout ailleurs. En particulier ses organes génitaux externes sont normaux, il n'a pas de hernies. Depuis qu'il est né il n'a pris aucune nourriture. Son ventre n'est pas ballonné. L'anus est bien conformé, en position normale avec des plis bien dessinés mais il est imperforé. En avant toutefois est un petit orifice admettant un stylet et à la suite du stylet, quand je le retire il vient un peu de méconium. Les ischions sont normalement écartés ; dans les efforts il y a de l'impulsion périnéale. L'opération fut d'une grande simplicité. J'introduisis dans le pertuis une sonde cannelée sur laquelle je débridai un peu en avant, un peu en arrière, et à un centimètre environ de profondeur, je trouvai l'ampoule rectale.

Il en sortit du méconium lié, vert noirâtre abondant. La mu-

queuse rectale saisie avec des pinces est abaissée et suturée à la peau par six points de crin de Florence.

L'enfant m'est apporté le 2 janvier, sa mère le nourrit, il tète bien, ses matières sont jaunes.

Le 4 janvier les fils sont retirés. L'enfant va très bien.

On a eu de ses nouvelles le 15 janvier, et depuis à plusieurs reprises car il habite près de l'hôpital Bichat. Il s'élève fort bien.

OBSERVATION XXXIV (de Paul Delagénère).

Archives provinciales de chirurgie, 1894.

Anus bien conformé, rectum imperforé. Etablissement d'un anus périnéal avec excision de l'infundibulum anal. Mort.

Une petite fille de 3 jours nous est apportée par une sage-femme des environs de Tours, le 17 décembre 1893. L'enfant n'a pas été à la selle depuis sa naissance. Il existe un infundibulum anal profond de 1 centimètre environ, mais la sonde est arrêtée à ce niveau.

Opération. — Voulant éviter les rétrécissements consécutifs si souvent observés après le rétablissement du cours des matières. J'excoise tout l'infundibulum anal libéré au préalable par une incision circulaire au niveau de son insertion sur la peau périnéale. J'atteins alors le cul-de-sac rectal qu'il m'est facile d'attirer au dehors et de fixer au pourtour de l'anüs aivé. Je fais une incision cruriale de l'intestin et résèque les quatre petits lambeaux triangulaires.

L'opération a duré en tout 25 minutes.

Pansement ordinaire après issue d'une grande quantité de matières et de gaz.

Les vomissements fécaloïdes cessent aussitôt.

Une heure après l'enfant boit avec avidité.

Le troisième jour après l'opération il meurt avec des convulsions ayant duré une heure environ.

M. Delagénère en excisant l'infundibulum anal a pu exciser le sphincter, nous croyons que l'intervention telle que nous la préconisons est préférable.

OBSERVATION XXXV (de Poisson).

Société de Médecine de Nantes, 1895.

Anus normal. Atrésie du rectum. Ponction au bistouri. Incision médiane et verticale du sacrum. Guérison.

Nouveau-né. L'anus présentait un infundibulum de deux centimètres environ au fond duquel se trouvait une membrane d'un aspect bleuâtre, facile à entrevoir au moyen d'un spéculum auri. Le médecin de la famille fait sur cette cloison une incision de deux millimètres qui n'amène aucune expulsion fécale. Le lendemain, seconde intervention avec le concours de M. Poisson.

L'incision ayant été rendue plus profonde on put passer environ 15 à 20 millimètres d'une sonde en gomme. Il s'écoula seulement un peu de sérosité et les opérateurs eurent la conviction d'avoir pénétré dans le cul-de-sac péritonéal recto-utérin. Force fut alors de recourir à la voie sacrée.

Opération. — Le raphé postérieur fut incisé dans toute son épaisseur : téguments, coccyx et sacrum. Une incision de deux ou trois centimètres permit ainsi de saisir l'intestin et de le fixer au catgut aux deux lèvres de la plaie.

La guérison a été seulement ajournée par une procidence et une invagination du rectum qu'on est parvenu à refouler au moyen de tampons de gaze iodoformée.

Un des points de suture ayant cédé, l'ouverture à la forme d'un V dirigé en arrière, il sera facile d'y remédier.

OBSERVATION XXXVI (inédite).

Communiquée par M. Kirmisson.

Inperforation du rectum. Anus normal. Opération d'Amussat.
Guérison.

Le 14 octobre 1898. — On nous présente à l'hôpital Trousseau un enfant âgé de deux jours. Les parents sont inquiets parce que l'enfant n'a pas sali ses langes.

Examen de l'enfant. — L'anüs est normalement conformé mais à 2 cent. $1/2$ environ au dessus de l'orifice anal on rencontre un obstacle infranchissable. Le ventre est ballonné.

On décide une intervention immédiate.

On place l'enfant dans la position de la taille ; sans faire de recherche dans l'ouverture anale, on fait sur la ligne médiane un débridement de 3 centim. au moins dépassant beaucoup par en haut la pointe du coccyx.

Après des recherches prolongées on arrive à découvrir une ampoule rectale dont le volume ne dépasse pas celui d'un porte-plume.

Avant de l'inciser on s'assure qu'il s'agit bien du rectum et non de la vessie et pour cela on introduit un stylet courbé dans la cavité vésicale, on dénude autant que possible l'extrémité terminale du rectum qui vient faire une saillie ma-

nifeste dans la plaie. On la traverse avec un fil de soie, sous l'influence des tractions la paroi se coupe et il s'écoule un flot de méconium

Suture de l'extrémité terminale du rectum à la peau.

L'enfant est rendu aux parents de suite.

12 octobre 1899. — On revoit cet enfant. Etat général excellent, il est bien développé, anus normal sauf une bride cicatricielle à la partie postérieure mais à 2 centim. au dessus de l'anus.

Il existe un rétrécissement annulaire. La dilatation devra être continuée.

OBSERVATION XXXVII inédite).

Communiquée par M. Kirmisson, 1899.

**Imperforation du rectum. Anus normal. Opération d'Amussat.
Guérison.**

Le 7 septembre. — On nous présente un enfant âgé de quatre jours et qui n'a pas encore rendu de méconium.

On constate le ballonnement du ventre, au niveau de l'anus il existe deux dépressions latérales séparées par un bourgeon médian qui se terminent par un cul-de-sac. Les ischions sont assez rapprochés. Quand l'enfant pousse on sent au niveau du périnée une impulsion.

Incision exactement sur le plan médian, partant un peu en avant de la dépression et se terminant un demi-centimètre au devant du coccyx. Le méconium sort immédiatement. La muqueuse rectale est saisie au moyen de quatre pinces, puis suturée à la peau par huit points à la soie. Guérison.

OBSERVATION XXXVIII (inédite).

Communiquée par M. Kirmisson, 1899.

**Imperforation du rectum. Anus normal. Opération d'Amussat.
Guérison.**

Cet enfant âgé de 4 jours a été opéré à l'hôpital Tenon pour une imperforation du rectum. Actuellement, 10 mai, l'enfant vient parce que depuis deux jours l'anus ne fonctionne plus. Le ventre est ballonné, le visage ématié, athrepsique au plus haut degré, on peut s'assurer que l'anus est oblitéré. L'enfant étant placé dans la position de la taille on s'aperçoit immédiatement que l'opération n'a pas été faite selon les règles. L'incision a été faite trop à gauche. On fait sur le raphé médian une incision de 4 à 5 centimètres de long. On arrive immédiatement sur l'ampoule rectale que l'on attire au dedans de la plaie périnéale. On s'aperçoit alors qu'elle avait été incisée dans la première opération sur la face gauche et fixée incomplètement sur la peau du périnée. On l'incise et on fixe les bords à la peau du périnée. Il sort des gaz et des matières.

Le 11 mai. — Nous revoyons l'enfant, par l'anus il est sorti une grande quantité de matières et de gaz. Le ventre est diminué de volume.

Le 8 octobre. — On revoit l'enfant de nouveau. L'enfant va très bien. Il y a une légère tendance à la sténose.

Le 10 janvier 1900. — On revoit l'enfant. L'anus fonctionne bien

Le 3 mars. — On revoit l'enfant. La santé générale est parfaite, l'anus fonctionne bien,

OBSERVATION XXXIX (de M. Castan de Béziers).

Bulletin de la Société de chirurgie, 1899.

Imperforation anale constatée le troisième jour. Opération avec résection du coccyx. Guérison.

M. Broca lit un rapport sur une observation de M. Castan de Béziers. Il s'agissait d'un enfant de trois jours présentant une imperforation du rectum avec anus d'apparence normale.

M. Castan fit l'abaissement du rectum par la voie périnéale avec résection du coccyx. Le cul-de-sac rectal siégeait à 4 centimètres de hauteur et l'abaissement de l'intestin fut très difficile. L'enfant guérit.

(Compte-rendu de la Presse Médicale, juillet).

OBSERVATION XL

Atrésie de l'anus. Absence de rectum. Opération d'après la Méthode Stromeyer par le Dr Leisrinck (*Atresia Ani, Fehlen des Rectums, operation nach der Methode von Stromeyer*) in D. Zeitschr. f. chir., 1872, t. I, p. 595.

Je suis invité par un collègue le 23 octobre 1872, à voir avec lui un enfant de trois jours, et à l'opérer d'une atrésie de l'anus.

Je trouve l'enfant dans un triste état, légèrement ictérique, les traits tirés, exprimant la plus grande angoisse et faisant de temps en temps, mais avec peu de force, des efforts de vomissements, qui ramènent une matière jaunâtre. Le pauvre enfant n'a rien pris depuis sa naissance ou plutôt a immédiatement rendu tout ce qu'il a pris. Le ventre est ballonné, dur, les mem-

bres fortement rétractés contre le tronc. On trouve à la place de l'anus, une légère dépression, recouverte par de la peau de transition et pourvue d'un sphincter. Le doigt explorateur introduit au fond de cette dépression, qui avait environ 1/2 centimètre de profondeur, arrive sur un obstacle ferme. Même à la suite de la tentative de dilatation exécutée avec un crochet, on ne put trouver aucune ouverture dans la membrane obturante. L'intestin ne devait pas se trouver à proximité de la membrane, ce que prouvait l'examen de l'enfant au moment où il criait très fort.

Après évacuation de la vessie, je fis une incision, qui partait de la partie la plus postérieure, de la membrane, qui intéressait presque toute la périphérie et au travers de laquelle je pus introduire le petit doigt. J'avais à peine pénétré à une petite distance, que je tombai sur un nouvel obstacle. Je le sectionnai également et je pus le dépasser avec une pince à griffes et par pression douce avec le doigt. Je ne trouvai pas de traces du rectum.

En avant je sentis la vessie, en arrière le sacrum, le rectum manquait complètement. Je décidai de suivre l'avis de Stromeier, et d'ouvrir le péritoine par en bas. Lorsque le petit doigt avait pénétré de toute sa longueur dans la plaie c'est-à-dire d'environ 7 centimètres et demi, je sentis l'intestin, mais comme à travers un voile mince. Je me trouvai alors tout-à-fait derrière lui. A la suite d'un mouvement énergique de l'ongle l'obstacle céda tout d'un coup, et l'intestin se trouva directement en contact avec mon doigt. J'eus beaucoup de peine à abaisser l'intestin que je venais de découvrir parce qu'il n'y avait que peu de place, à côté de mon doigt, pour un instrument. Je parvins enfin à saisir l'intestin avec des pinces, à cou-

lisse et à l'abaisser. Quelques sutures le fixèrent dans l'anus et un coup de ciseaux l'ouvrit. Il en sortit immédiatement du méconium.

L'hémorrhagie durant toute l'opération avait été modérée. L'enfant qui avait crié au début de l'opération, était à la fin très tranquille.

L'opération avait été faite à une heure de l'après-midi, à six heures du soir, l'enfant était très tranquille et avait gardé quelques cuillerées de lait, et, point important, n'avait plus rendu. Sur le linge qui l'enveloppait, il y avait du méconium. L'expression du visage de l'enfant est apparemment celle du contentement ; l'expression de sévérité et de vieillesse avait disparu. Le soir du deuxième jour, son état n'est pas aussi bon. Le ventre est très ballonné, dur. Grande agitation, sensibilité exquise de l'abdomen au toucher, vomissements violents. On prescrit des cataplasmes chauds sur tout le ventre. Le lendemain matin l'enfant avait bonne apparence, et sur le linge, on trouve une grande quantité de méconium. Le ventre est bien. L'enfant prend avec plaisir et profit le sein de la nourrice.

Le soir, expulsion d'une grande quantité de méconium et de fèces. Etat général excellent.

A partir de ce moment, l'enfant continue à être gai, garde très longtemps le sein qu'on lui offre, tête beaucoup et a des selles correspondant à ces prises de lait. Aujourd'hui, quatorze jours après l'opération, il a l'aspect d'un enfant de son âge, les selles sont abondantes et normales. C'est à ma connaissance le premier cas dans lequel on a suivi le conseil donné par Stromeier dans le volume II de son manuel, c'est-à-dire, d'ouvrir dans les cas d'astrésie, la cavité péritonéale par le périnée afin de rechercher l'intestin.

Cet essai montre d'une façon frappante combien bienfaisante est cette opération.

N'y a-t-il pas une différence entre une situation normale de l'ouverture intestinale et l'anus artificiel dans la région lombaire ou inguinale, qui fait de l'individu qui le porte, un être digne de pitié et un infirme qu'on fuit.

Mon cas est favorable par ce fait, qu'il y avait une dépression de la peau et un sphincter. Mais d'abord ces deux conditions ne sont pas tout à fait rares, et ensuite dans toutes les circonstances, les fèces qui s'écoulent peuvent être plus facilement recueillies et tourmentent moins le malade que lorsqu'ils se présentent dans la région inguinale ou lombaire. De la forme et de l'aspect des fèces dans ce cas, je dois conclure que la portion de l'intestin abaissée appartient au gros intestin, et suivant toutes probabilités à cette portion qui vient après l'S iliaque. Cette manière de voir est appuyée par les autopsies faites par Tungal en 1853. « Sur l'anus artificiel » (*uber Kunstliche Afterbildung*) et desquelles il ressort que dans l'atrésie du rectum, l'S iliaque plein descend très bas dans le bassin.

Traduit par M. Cottard.

Hambourg le 7 octobre 1872.

OBSERVATION XLI

Du Dr Jondeau (de Chalon-sur-Saône), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Revue des maladies de l'enfance, 1891.

Anus normal. Absence du rectum. Incision périnéale. Fixation d'une anse intestinale. **Mort.**

Le nommé X..., garçon de 5 jours ne présente aucune mal-

formation apparente. A sa naissance il était gros et fort. Le père et la mère sont robustes et bien constitués.

Cet enfant depuis sa naissance n'ayant eu aucune selle, ses parents lui donnèrent à différentes reprises des sirops purgatifs mais sans résultat. Ils eurent alors recours à de petits suppositoires de savon et crurent chaque fois qu'il les introduisaient dans l'anus qui leur paraissait normal mais celui-ci imperforé se laissait seulement déprimer et l'illusion était complète par la saillie des fesses entre lesquelles le cône de savon disparaissait.

Pendant les deux premiers jours l'enfant prit le sein, mais il était agité et criait continuellement. Le troisième jour les vomissements commencèrent et l'enfant refusa toute nourriture.

Ce ne fut néanmoins que le soir du cinquième jour que je vis l'enfant. Il était très amaigri la face grippée, le ventre douloureux et très volumineux. La moindre pression faisait redoubler les cris qui étaient presque continuels. Les vomissements étaient fréquents, verdâtres. Les urines étaient claires, normales, sans mélange d'aucune matière.

L'enfant était bien conformé et l'anus à un examen superficiel paraissait normal. Mais en laissant écarter les fesses on apercevait une membrane l'oblitérant entièrement. Un stylet introduit dans l'anus était arrêté immédiatement et en pressant on déprimait la membrane en cul-de-sac.

En explorant toute la région avec le doigt il était impossible de sentir profondément aucune saillie, aucune tumeur et cela même en exerçant une légère pression sur l'abdomen.

Malgré l'état de faiblesse de l'enfant une intervention s'imposait et en présence de ces faits j'eus recours immédiatement

à l'opération sans la faire précéder d'aucune ponction exploratrice, toujours aveugle et bien souvent négative malgré l'accolement du bout inférieur du rectum à l'anus.

L'enfant fut placé sur le dos, les jambes relevées et fléchies et maintenues dans la position de la taille périnéale, les fesses étant très écartées.

Je fis tout d'abord une incision demi-circulaire contournant la moitié postérieure du sphincter tout en le respectant. Le lambeau étant relevé en haut et en avant je cherchai à voir et à reconnaître au moyen du stylet si le rectum était adhérent à l'anus ou réuni à lui par un cordon fibreux. Ne trouvant rien je pratiquai une nouvelle incision partant du milieu de la première et se dirigeant directement en arrière sur le coccyx. Les deux lambeaux étant maintenus écartés, j'allai à la recherche du bout inférieur du rectum. Malgré les recherches les plus minutieuses, il fut impossible de trouver la moindre ampoule marquant l'extrémité inférieure du gros intestin.

Le rectum absent, devais-je me décider à pratiquer un anus contre nature selon la méthode de Littre ou de Callisen ainsi que les auteurs le recommandent ?

La faiblesse de l'enfant me détermina à ne pas produire de nouveau traumatisme et à profiter de la plaie déjà faite. Après un lavage antiseptique de toute la plaie, un aide soutint le ventre en exerçant une légère compression.

Je profitai alors d'un cri de l'enfant qui abaissa la masse intestinale, pour saisir une anse de l'intestin et l'attirer en bas.

Je détruisis à ce moment le diaphragme anal; je fis passer l'anus par l'orifice et le suturai à la peau. Puis après avoir réuni les bords de la plaie et laissé un drain en arrière, l'intestin fut ou-

vert. Il s'écoula une abondante quantité de matières et le pansement fut mis en place.

L'enfant fut plus calme, il cessa de crier et prit même le sein.

Dans la soirée et la nuit les vomissements cessèrent et il y eut encore plusieurs selles, mais malgré les soins l'enfant mourut après 36 heures.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION XLII (de Chalot)

Bulletin de la Société de chirurgie, 1896.

Anus normal. Absence du rectum.

Le lundi matin 17 février 1896, on apporta dans la salle d'opération de la faculté une petite fillette âgée de 6 jours. Cette enfant urinait normalement, mais elle n'avait pas rendu depuis sa naissance la moindre quantité de méconium.

Quoique née à terme elle ne pèse guère plus de 2 kilog. 500 ; ses traits sont ridés, vieillots, ses yeux presque éteints, son cri faible et rare, en un mot elle présente tous les signes d'une athrepsie des plus prononcées. Quelques vomissements glaireux depuis deux jours. Ventre ovoïde, tendu, ballonné surtout dans sa moitié supérieure.

A un centimètre et demi derrière la commissure postérieure de la vulve, l'anus est indiqué par un léger bourrelet circulaire et froncé, et au centre de ce bourrelet par un cul-de-sac conoïde tapissé de peau long de 1 centimètre et parfaitement clos à son sommet. Quand on bouche ce bourrelet, il semble animé de petits mouvements de constriction qui décèleraient la présence d'un sphincter. Aucun bombement spécial au périnée pendant

les cris ou les efforts que peut faire l'enfant. Une sonde cannelée introduite dans le vagin m'apprend que ce canal est très long et surtout large ; mais elle ne ramène aucune trace de méconium et proménée le long de la paroi postérieure, elle n'indique aucun açouchement anormal, aucune saillie du rectum.

Le diagnostic d'imperforation du rectum s'impose et il faut opérer de suite. M. Chalot exécute l'opération de Macleod : anesthésie à l'éther.

Périnéotomie. — L'enfant étant en position sacro-dorsale, bassin relevé sur un petit coussin, je fais une incision médiane qui va de la fourchette jusqu'au sacrum en passant par le centre du cul-de-sac. Je mets à nu la face postérieure du coccyx en décollant les téguments à droite et à gauche. Puis me guidant sur l'index gauche qui est introduit dans le vagin jusqu'au col utérin et qui y manœuvre facilement vu sa grande ampleur j'approfondis méthodiquement l'incision, toujours en même sens et surtout dans la concavité du sacrum ; le coccyx est dénudé, chemin faisant sur les côtés et en avant puis récliné en arrière.

Arrivé un peu au-dessus du sommet du sacrum au fond de l'entonnoir cruenté, je constate que le bout de mon index gauche n'est séparé du sacrum que par la paroi du forinx postérieur du vagin et je ne trouve là, soit sous les efforts de l'enfant qu'on laisse se réveiller un peu, soit sous la pression manuelle de l'hypogastre, aucune saillie rénittente ou fluctuante qui indique la proximité de l'ampoule rectale. Devant ce résultat négatif, pour ne pas errer au hasard et pour avoir une solution rapide, nette, sûre, je me décidai à faire une laparotomie exploratrice, non pas médiane mais oblique, latérale, c'est-à-

dire pouvant servir à deux fins suivant la donnée de l'exploration à l'opération nouvelle ou à l'opération de Littre.

Laparotomie. — La plaie périnéale étant bourrée de gaze je pratique la laparotomie oblique latérale, je fais sur la partie inférieure gauche du bas-ventre une incision de 5 centim. qui commence à un doigt au-dessus de l'épine gauche du pubis et monte en ligne courbe jusqu'à 2 centim. en dedans et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure du même côté, vaisseaux épigastriques coupés entre deux pinces.

Derrière les annexes gauches, dans la fosse iliaque gauche, sur le bord interne du psoas, je découvre sans peine une ampoule rougeâtre, molle, fluctuante, longue de 10 centim. environ, pyriforme dont la grosse extrémité, parfaitement lisse, mobile, tournée en bas et en avant vers l'insertion de la trompe gauche a le volume d'un gros œuf de poule et dont l'autre extrémité dirigée en haut et en arrière, parcourue sur sa face antérieure par une bandelette striée longitudinale blanche rosée, sans appendice graisseux, a le volume d'abord du pouce, puis du médium, puis de l'index et va se continuer nettement avec le côlon descendant. Cette ampoule est arquée comme la partie moyenne (qu'elle représente d'ailleurs) d'une anse omega normale et flotte en quelque sorte sur un méso parfait qui affecte la forme d'un petit éventail ; le méso toutefois n'existe pas sur la partie inférieure ou arrondie de l'ampoule, partie qui serait entièrement libre si son fond n'était rattaché par un court cordon cellulo-vasculaire au flanc gauche de l'utérus, en arrière et au-dessous de la trompe. Le péritoine se réfléchit directement du sacrum sur le forinx postérieur du vagin, puis sur la face postérieure de l'utérus.

Au lieu de faire un anus iliaque je poursuivis mon idée de

transplanter l'ampoule à la base de la plaie périnéale. Pour cela je commence à la mobiliser en coupant entre ligatures son point d'attache juxta-utérin, puis une sorte de bride fibreuse, blanchâtre, très tendue grosse, comme une plume d'oie qui occupe le bord inférieur libre du mésocôlon iliaque, la forme arquée de l'ampoule disparaît aussitôt.

Avec le bout de l'index droit, en rasant la face antérieure du sacrum, je perfore le cul-de-sac séreux sacro-vaginal et tout aussitôt je vois paraître mon doigt au sommet de la plaie périnéale au devant du coccyx. Le chennin de l'ampoule est ainsi tracé, comme elle est trop grosse pour passer à travers le plancher pelvien, je l'attire en dehors de l'abdomen et l'ouvre avec précaution nécessaire d'un coup de ciseau donné à son fond, il s'écoule 150 grammes environ d'un méconium épais brun verdâtre, très fétide, je ferme la petite brèche par une ligature de soie forte, dont les deux chefs sont conservés. J'engage les deux chefs de la dite ligature dans le chas d'une aiguille de Deschamps, celle-ci à son tour est conduite par la cavité pelvienne le long de la face antérieure du sacrum jusque dans la trouée rétro-vaginale du cul-de-sac péritonéal, puis dans la plaie périnéale, pendant que le bout de l'index gauche introduit de bas en haut dans cette dernière, sert à orienter l'aiguille de Deschamps au devant du coup. Je retire l'aiguille et tire sur le fil, je fais descendre dans le nouveau trajet l'ampoule colique, devant une sorte de bande.

La partie du côlon ainsi mobilisée pour être le futur rectum est dépourvue inférieurement du méso sur une longueur de cinq centimètres. Abandonnée à elle-même dans la plaie périnéale, elle n'a aucune tendance à remonter, j'en rentre même quelque peu pour n'en pas laisser hors la plaie une saillie excessive. Je

ferme la plaie abdominale, liant chemin faisant les bouts des vaisseaux épigastriques.

Je place l'extrémité du côlon iliaque de telle sorte que son milieu corresponde exactement au milieu d'entre les deux moitiés de l'anus divisé, je la fixe à la peau des deux côtés par une série de points au crin de florence. Je ferme derrière l'extrémité colique la plaie périnéale qui se prolonge sur le dos du coecyx, je ferme la partie de la plaie qui s'étend de l'anus à l'entrée du vagin, reconstituant avec la pince et la fourchette sur une hauteur de un centimètre. Enfin j'achève la fixation de l'intestin en avant et en arrière par quelques autres crins et je supprime la ligature qui fermait jusqu'à présent son extrémité libre afin de laisser ouvert le nouvel anus. Pansement iodoformé.

Durée des deux opérations ensemble, y compris les sutures : une heure seulement.

Perte de sang, à peine 20 grammes. La quantité d'éther employée a été des plus minimes.

Suites opératoires. — Premier pansement le 20 février, l'enfant a vomi une seule fois, le soir de l'opération. Le pansement est souillé de matières fécales abondantes. Le ventre n'est plus distendu, pas de fièvre.

Autres pansements 24 février. — On enlève les fils de la suture abdominale. 27 février, levée des points ano-périnéaux. 1^{er} mars, 4 mars, 7 mars, 11 mars, (petit abcès sous-cutané d'élimination de la soie du côté de la cicatrice abdominale).

Le 13 avril. — Mon opérée jouit d'une santé superbe; elle est fraîche, potelée, très vivace, cicatrice abdominale parfaite.

Etat général toujours meilleur et chaque fois pansement abondamment souillé de fèces jaunes. L'anus laisse passer le bout du petit doigt sans donner encore une sensation bien apprécia-

ble de contraction et est entouré en ellipse par un bourrelet muqueux rouge vif; il mesure 2 centimètres $\frac{1}{3}$ dans le sens sagittal et 1 centimètre $\frac{1}{4}$ dans le sens transversal ; sa commissure antérieure est à 8 *millimètres* en arrière de la fourchette.

Nous avons écrit à M. Chalot pour avoir des nouvelles de la petite opérée, nous tenons à remercier ici M. Chalot de l'empressement qu'il a mis à nous répondre. « Ma petite opérée allait bien au commencement de juillet 1897 c'est-à-dire quatorze mois après la proctoplastie ; la continence était parfaite, malgré un léger degré de prolapsus de la muqueuse. J'ai appris, peu après cette époque, que l'enfant est morte un peu plus tard d'entérite ».

Nous pensons avec M. Chalot que ça n'en est pas moins un succès complet au point de vue anaplastique.

III. — Méthode de l'anus iliaque et de l'anus lombaire.

On a pu voir que le chirurgien avait de nombreux moyens pour attirer le rectum au niveau de l'ouverture anale. Il est des cas cependant où cette méthode n'est pas applicable et où l'anus artificiel s'impose.

A une époque où n'existaient ni l'anesthésie, ni la forci-
pression, ni l'antisepsie qui permettent de faire avec méthode et sécurité les interventions chirurgicales, devant la non réussite de la ponction dans le cas d'imperforation rectale, nous comprenons le succès qu'obtinrent à juste titre les opérations proposées par Littre et Callisen.

De ces deux interventions nous rejetons celle proposée par Callisen, actuellement elle n'a plus sa raison d'être. On la faisait à une époque où la crainte d'ouvrir le péritoine dominait avec raison toute la chirurgie abdominale. Parmi les inconvénients signalons la sortie du rein hors de la plaie lombaire (observ. de Maisonneuve).

S'il a existé un temps où l'anus iliaque était établi de prime abord, ce temps doit avoir cessé d'exister.

Les observations que nous avons recueillies relatant la création d'un anus iliaque pour imperforation du rectum avec anus bien conformé nous ont permis de constater que parfois (observ. de Fochier, de Chaput) le rectum aurait pu être attiré au niveau de l'orifice anal et y être fixé, si le chirurgien qui avait d'abord dirigé ses recher-

ches par la voie périnéale les avait continuées avec persévérance et méthode.

Aujourd'hui l'indication de la colotomie iliaque paraît restreinte à un cas : c'est l'impossibilité de faire autre chose du fait même de la malformation. Quand le chirurgien après avoir épuisé toutes les ressources ne peut trouver ou l'ayant trouvé ne peut amener au périnée l'extrémité aveugle de l'intestin, il est bien forcé de prendre une résolution et alors il lui faudra établir un anus contre nature sur l'S iliaque ou même beaucoup plus haut.

L'anus iliaque a bien, il est vrai deux graves inconvénients : l'incontinence, la hernie d'une portion plus ou moins considérable d'intestin, (observation de Serrand, de Miriel) nous devons cependant constater qu'avec « cette infirmité réputée dégoûtante » trois malades sont consignés dans les observation de Rochard comme vivants et bien portants à 46 ans pour le malade de Serrand, à 13 ans, à 43 ans pour deux malades de Miriel.

Serrand avait imaginé « une boîte d'une forme appropriée destinée à recevoir les matières fécales, laquelle sera fixée à une espèce de ceinture ».

Actuellement si le chirurgien avait la main forcée et était obligé de pratiquer un anus iliaque qui devrait persister durant toute la vie, des appareils appropriés rendraient « l'infirmité dégoûtante, plus supportable ».

Nous n'acceptons pas la façon de penser de M. de Saint-Germain. « Je considère dit-il, cette situation (l'anus iliaque) comme intolérable : je refuserais énergiquement de faire subir cette opération à un de mes enfants et si j'avais pour mon malheur été victime d'une pareille inter-

vention, je crois que je consacrerai mon existence à tirer vengeance du chirurgien qui m'aurait imposé une existence aussi misérable ». M. de Saint-Germain avait pratiqué sans succès un anus iliaque sur un enfant présentant un anus normal avec absence partielle du rectum.

Le chirurgien ne peut pas en conscience priver le malade des ressources de l'art. Qu'il se rappelle que Celse a dit « *Miserum remedium tolerabile austerius malum* » dans le cas présent l'austerius malum, c'est la mort.

L'état de l'enfant (à moins qu'il ne soit par trop précaire) n'est pas, croyons-nous, une contre indication à la recherche de l'ampoule périnéale. Chalot a pratiqué avec succès la périnéotomie à laquelle il a associé la laparotomie « chez une enfant âgée de 6 jours qui ne pesait guère plus de 2 kil. 500 dont les traits étaient tirés, vieillots, les yeux presque éteints, le cri était faible et rare en un mot l'enfant présentait tous les signes d'une athrepsie des plus prononcées, elle avait eu quelques vomissements glaireux depuis deux jours, le ventre était ovoïde, tendu, ballonné, surtout dans sa moitié supérieure ».

Dans une observation de Colson l'enfant a été opérée avec succès, le 14^e jour qui a suivi sa naissance l'enfant était dans l'état suivant : face grippée, cris faibles et plaintifs, ventre énormément distendu, efforts presque continuels de défécation qui amènent des vomissements, des matières stercorales.

L'anus contre nature établi on a pensé que dans certains cas il n'était pas indiqué de laisser les enfants avec cette infirmité. On peut en effet avoir été obligé d'opérer d'urgence ne pouvant mieux faire pour une raison ou

pour une autre, alors que la malformation était susceptible d'être traitée par la fixation du rectum au niveau de l'orifice anal dans des conditions autres que celles qui se présentaient.

L'enfant une fois guéri de son obstruction par l'opération de Littre, on peut songer à lui donner un anus périnéal et à faire la cure de l'anus iliaque.

Pour ce faire, quand les conditions seront favorables on cathétérise d'abord le bout inférieur de l'intestin pour s'assurer de sa perméabilité et connaître à quelle hauteur s'arrête l'ampoule rectale. Cette exploration devra être faite avec une sonde molle et non avec un trocart (dans l'observation de Chaput le trocart perfora la paroi antérieure du rectum et le péritoine).

Le doigt déprimant le péritoine cherchera à se rendre compte de la proximité plus ou moins grande du bec de la sonde. On exécutera alors (s'il y a lieu) dans une seule séance comme dans une des observations de notre maître, M. Kirmisson, la fixation du rectum au périnée et la cure de l'anus iliaque, dans plusieurs séances comme dans une autre observation de M. Kirmisson.

Nous croyons qu'il vaut mieux après la fixation du rectum au périnée faire la cure de l'anus iliaque par des sutures (d'abord suture des lèvres de l'orifice, puis sutures séro-séreuse, musculaire, cutanée), que d'introduire un drain en caoutchouc par l'anus périnéal le faisant remonter au dessus de l'anus iliaque et l'engageant dans le bout supérieur de l'intestin avec l'espoir que la non sortie des matières par l'anus contre nature permettra la réunion de ses lèvres (comme dans l'observation de Lannelongue).

Nous avons recueilli 14 observations relatant la colotomie iliaque ou lombaire pour absence ou imperforation du rectum par une membrane plus ou moins épaisse avec anus normalement conformé. Nous trouvons 7 morts et 7 guérisons.

Cinq nouvelles observations relatent des tentatives faites pour rétablir le cours des matières par un anus périnéal et obtenir la cure de l'anus iliaque. Nous trouvons 3 succès et deux insuccès (dont 1 guérison et 4 morts), 3 par maladies intercurrentes.

OBSERVATION XLIII (de Serrand, 1814).

Thèse de Montpellier.

**Imperforation du rectum. Anus bien conformé. Opération de Littre.
Guérison.**

Le 26 janvier 1813, on apporta à l'hospice civil de Brest, dont j'étais prévôt, un enfant femelle baptisée sous le nom de Marie-Périne, née le 23 du même mois, présentant une imperforation du rectum à un pouce et demi de l'anus qui était naturellement conformé.

La sage-femme qui apporta cet enfant avait infructueusement essayé les sirops laxatifs et les lavements : ceux-ci rencontraient l'obstacle produit par le vice de conformation, refluaient aussi vite que la seringue se vidait ; ce qu'elle attribua à toute autre cause, jusqu'au moment où effrayée par les accidents qui se manifestaient, elle consulta M. Miriel, médecin de cette ville qui ayant reconnu la cause de l'état extrême de l'enfant, l'envoya à l'hospice attendu que sa mère n'était pas connue, 60

heures après sa naissance. Alors le ventre était très distendu et douloureux par l'accumulation des matières ; à une respiration courte et entrecoupée, se joignaient de fréquents vomissements et des hoquets continuels ; la faiblesse de l'enfant était telle que l'on entendait à peine les plaintives expressions de ses douleurs. (La saillie observée par quelques praticiens sur la région iliaque gauche et marquée quelquefois par un point noirâtre, qui constitue un lieu de nécessité pour l'opération de Littre n'existait nullement).

La résistance du bourrelet ligamenteux terminant le cul-de-sac ;

L'incertitude de l'état de l'intestin à sa partie inférieure, et de la distance à laquelle se terminait sa cavité ;

La probabilité du défaut de rapport entre l'ouverture de l'anus et celle du rectum (en supposant la possibilité d'atteindre cet intestin), ce qui eût probablement occasionné des infiltrations mortelles, ainsi qu'il est arrivé à MM. Sabatier, L. Petit, Engerran, etc., toutes ces considérations m'engagèrent à pratiquer l'anus iliaque.

Chargé d'exécuter l'opération, je consultai M. Duret sur son procédé et l'ayant informé de l'état de l'enfant, ce praticien partagea l'avis proposé regardant l'opération de Littre comme le seul moyen offrant quelque probabilité pour le salut du petit sujet.

Je pratiquai l'opération de Littre.

Une portion d'intestin grêle se présenta aussitôt à l'ouverture pratiquée dans la paroi abdominale.

L'extrême dilatation de l'intestin, produite par les matières qu'il contenait et sa couleur rouge très foncée, nous laissèrent un instant incertains sur la partie du tube digestif à laquelle

cette portion appartenait : cette incertitude était d'autant plus fondée que l'anatomie nous apprend que dans le fœtus, les bosselures de l'intestin colon n'existent pas et que les bandes longitudinales peu sensibles dans l'état naturel, pouvaient être effacées par la dilatation de l'intestin.

Cette portion reconnue à sa mobilité et à la résistance venant du côté interne fut aussitôt réduite et bientôt le colon se présenta à l'ouverture.

Au moyen d'une anse de fil le colon fut fixé dans la plaie des léguments, puis on pratiqua une ouverture sur sa convexité et suivant sa longueur, aussitôt cette ouverture donna issue à une grande quantité d'air et de méconium.

Le lendemain l'enfant tétait avec avidité, la chaleur et la couleur de la peau prirent leur état naturel.

Le troisième jour deux hémorrhagies considérables me firent craindre une terminaison fâcheuse, il n'en fut rien.

Depuis cette époque jusqu'au treizième jour de l'opération, l'enfant dont les fonctions s'exécutaient librement, était dans l'état le plus satisfaisant.

Le quatorzième jour, il se fit un renversement subit que je reconnus bientôt pour appartenir au bout inférieur de l'intestin, l'extrémité de ce renversement ne donnant passage à aucune matière.

A l'âge de trois mois, l'anus artificiel présentait un renversement d'un pouce et demi.

Depuis le 10 avril, la portion qui formait le renversement était rentrée en totalité. Cette réduction s'était opérée graduellement, sans aucun effort de l'art.

Les observations de MM. Sabatier, Fabrice de Hilden, Hildanus, Albinus et Lecat qui rapportent des exemples de double ren-

versement où les matières s'évacuaient par le bout supérieur, l'état de Drevez opéré par M. Duret, qui présentait la même disposition, ces observations, dis-je, me faisaient craindre que l'état heureux, dans lequel se trouvait Marie P..., ne fût pas de longue durée.

La suite a justifié mes craintes. Quatre mois après, la nourrice effrayée de la sortie spontanée de la portion intestinale appartenant au bout inférieur vint me prévenir de cet incident dû à l'absence de sphincter à l'ouverture artificielle, inconvénient auquel l'art ne peut remédier.

Marie P... est actuellement âgée de 22 mois, l'exécution de ses fonctions est libre et facile et malgré la sensation désagréable que peut lui occasionner le contact de la chemise sur la muqueuse de la portion d'intestin renversée et sortie elle se livre avec joie à tous les exercices enfantins de son âge.

M. Serrand ajoute : « Lorsque cet enfant sera plus âgée et par conséquent susceptible de connaître les avantages d'une boîte, d'une forme appropriée, destinée à recevoir les matières fécales, laquelle sera fixée à une espèce de ceinture, soutenue par des bretelles qui seront placées de manière à ne pas gêner le développement des mamelles il sera facile d'obvier à l'inconvénient de l'issue continuelle des excréments.

OBSERVATION XLIV (de Miriel fils)

(Thèse de Paris) 1835. Imperforations du rectum. Anus normal, opération de Littre. Guérison

Le 16 mai 1816, mon père accoucha Madame... d'une fille qui lui parut bien conformée et qui à plusieurs reprises but de l'eau sucrée et saisit le sein sans se plaindre. Dans la nuit du

16 au 17, elle refusa toute boisson et commença à vomir. Le 17 au matin, mon père fut prévenu de ces accidents. Présument de suite, aux symptômes qui existaient, qu'il avait affaire à une imperforation du tube digestif, il examina l'organe de la défécation. L'anus était bien conformé. Ayant essayé d'introduire une sonde dans le rectum il fut arrêté par un obstacle sis à six lignes de hauteur; bientôt par l'exploration faite au moyen du petit doigt il acquit la certitude du vice de conformation. M. Duret ayant aussi exploré ne sentit aucune fluctuation et le plancher du rectum lui parut même d'une épaisseur très grande et d'une forme inappréciable.

L'incertitude d'une incision ou d'une ponction faite par un instrument nécessairement un peu dirigé au hasard dans des lieux où les écueils sont si nombreux, les accidents consécutifs qui étaient à craindre par la seule étroitesse de l'ouverture pratiquée, l'épaisseur de la cloison, sa forme firent adopter l'établissement d'un anus artificiel à la région iliaque.

L'opération fut remise au lendemain 18, afin de s'assurer encore si la pulsion ne deviendrait pas plus apparente; mais l'exploration nouvelle n'ayant rien indiqué, l'opération de Litre fut faite par mon père. Parfaitement la petite fut abandonnée aux soins de ses parents le 1^{er} juin. Depuis elle s'est toujours bien portée. La nutrition s'opère à merveille : elle a la force, la fraîcheur des personnes les mieux constituées.

OBSERVATION XLV (de Mireil fils).

Thèse de Paris, 1835.

Imperforation du rectum. Anus normal. Anus iliaque. Hernie de l'intestin. Guérison.

Le 26 janvier 1822. — M. Debourgues, médecin distingué à Brest reçut un enfant mâle présentant tous les signes de bonne conformation.

Deux jours s'écoulèrent sans accidents; cependant les parents remarquèrent qu'il n'y avait eu aucune expulsion de méconium et que le ventre était dur et ballonné. L'accoucheur appelé prescrivit de légères frictions sur le ventre, du sirop de chicorée avec de l'huile d'amandes, des lavements émollients. Vingt-quatre heures s'étant écoulées et les accidents s'aggravant, M. Debourgues soupçonna une cause contre nature, et introduisit une sonde dans le rectum qu'il trouva oblitéré à la hauteur de 15 lignes. La cloison étant très épaisse et le toucher n'indiquant rien il appela mon père en consultation et en raison des succès qu'il avait obtenus le pria de faire l'opération. En effet, le quatrième jour, 84 heures après la naissance mon père créa un anus artificiel à la région iliaque et l'enfant fut soulagé. Les jours qui suivirent l'opération n'offrirent de remarquable que la sortie instantanée de l'intestin, qui dépassait quelquefois de deux pouces. Onze jours suffirent pour la guérison. Depuis ce temps, cet enfant se porte à merveille : l'appareil digestif jouit de la plus parfaite intégrité ; le renversement réductible est toujours le même.

OBSERVATION XLVI (de Louis Baudelocque).

Gazette médicale 1844.

Anus normal. — Rectum imperforé. Ponction. Anus lombaire.
Guérison.

Une petite fille âgée d'un jour me fut amenée, l'anus était bien conformé. Le doigt était arrêté par une membrane. Je pratiquai la ponction de la membrane avec une sonde à dard, n'ayant pas senti le colon descendant, je procédai à l'opération suivant la méthode de Callisen.

Le deuxième jour un érysipèle se déclara autour de la plaie lombaire. Du 2^e au 3^e jour, tension et sensibilité du ventre, vomissements, coliques faisant pousser des cris perçants, (sang-sues aux environs de la plaie et sur l'épigastre) aggravation le 4^e jour.

L'enfant fut mis au sein d'une bonne nourrice. Les accidents s'amendent.

Le 5^e jour après l'opération l'enfant a repris de l'embonpoint la muqueuse du colon a la couleur normale, elle est renversée comme dans tous les cas d'anus contre nature. Baudelocque pensait rétablir plus tard l'anus à sa place normale.

OBSERVATION XLVII (de Maisonneuve).

Gazette des hôpitaux, 1849.

Imperforation du rectum. Anus normal. Opération de Callisen.
Guérison.

On m'apporta un enfant âgé de quatre jours, venu au monde à sept mois : l'orifice anal existe, mais il forme un cul-de-sac au fond duquel on ne sent aucune tension, aucune saillie qui

ait pu faire croire à la présence du rectum. Je fis cependant une incision et une ponction, mais cette tentative ne m'ayant conduit à rien, je me suis immédiatement décidé à pratiquer l'opération de Callisen.

L'incision a été faite transversalement suivant le précepte de M. Amussat. Elle a conduit sur le rein qui remplissait toute la région lombaire et descendait jusque dans la fosse iliaque.

Je cherchai au côté externe de l'organe où je trouvai un cordon à-peine gros comme un tuyau de plume, une ouverture faite à ce cordon laissa sortir du gaz et du méconium ; je n'eus plus de doute alors, c'était bien le colon descendant ; les deux bords de l'incision faite à l'intestin furent réunis à la plaie extérieure au moyen de points de suture. Voilà quatre jours que l'opération a été faite, l'enfant va bien.

OBSERVATION XLVIII (de Maisonneuve).

Gazette des hôpitaux, 1849.

Imperforation du rectum. Anus normal. Opération de Callisen.
Hernie du rein. Guérison.

Le 3 février 1849 on apporte à l'hôpital Cochin un enfant du sexe masculin, âgé de quatre jours et qui paraissait être au huitième mois de la vie intra-utérine.

Cet enfant n'avait point eu depuis sa naissance d'évacuation alvine : le ventre était tendu comme un ballon ; la peau de cette région était rouge et parcourue par de nombreux vaisseaux, ce qui donnait à l'abdomen l'aspect d'une tumeur érectile.

Depuis deux jours l'enfant ne prenait plus rien, la respiration était courte ; tout annonçait une mort imminente.

L'anus bien conformé se terminait en un cul-de-sac d'un centimètre de profondeur.

Il était urgent de procurer une issue aux matières fécales. L'existence de l'anus me fit espérer que je pourrai, par cet orifice remonter l'extrémité inférieure de l'intestin, ordinairement terminé en ampoule. Je fis en conséquence et successivement trois ponctions d'un centimètre à un centimètre et demi de profondeur sans rien rencontrer.

Je fendis ensuite l'orifice anal en avant pour pouvoir y introduire le petit doigt et explorer le fond du cul-de-sac. Cette exploration ne permit de reconnaître ni la présence de matières fécales, ni celle d'une ampoule intestinale au-dessus de l'incision.

Je me décidai alors à pratiquer immédiatement l'anus artificiel dans la région lombaire suivant la méthode d'Amussat. Je tombai après quelques difficultés sur le côlon descendant qui se présentait sous forme d'un cordon, gros comme un tuyau de plume, je ne voyai pas, je reconnus sa présence avec le doigt.

Je pénétrai dans l'intérieur de l'organe à l'aide d'une incision en T par laquelle s'écoulèrent une notable quantité de gaz et de méconium. Le péritoine n'avait pas été ouvert. L'intestin fut fixé aux lèvres de la plaie, sans autre pansement l'enfant fut abandonné à sa nourricie.

En considérant le peu de développement de ce malheureux enfant, qui avait au plus huit mois de vie intra-utérine et qui par surcroît de malheur était élevé au biberon, je n'avais que trop de raison de craindre qu'il ne résistât pas à l'opération.

Le lendemain cependant, il avait pris quelque peu de lait

coupé, les évacuations alvines s'étaient bien faites ; le ventre était revenu à l'état normal, toute cette vascularisation singulière de la peau du ventre avait disparu.

Le cinquième jour, l'enfant avait pris des forces, la plaie commençait à se rétrécir, mais le rein faisait un peu de saillie par la plaie.

Quatorze jours se passèrent ainsi ; l'enfant allait bien et les parents jugeant convenable de le reprendre avec eux vinrent le chercher le samedi 17 février. Quinze jours après l'opération, un tiers du rein sortait en dehors de la plaie.

OBSERVATION XLI X (d'Amussat).

Bulletin général de thérapeutique, 1861.

**Anus normal. Absence du rectum. Recherches par la voie périnéale.
Anus lombaire gauche. Guérison.**

Le 20 mai 1852. — Le docteur Vigny me fit appeler pour voir un enfant du sexe masculin, né le 18 qui n'avait pas rendu de méconium et chez lequel on avait constaté une oblitération du rectum à deux centimètres au-dessus de l'anus, bien conformé du reste. Avec le petit doigt je cherchai à sentir le cul-de-sac terminal de l'intestin, il me fut impossible de sentir la moindre trace de fluctuation. Comme cet enfant était très fort, je remis l'opération au lendemain.

Le 21. — Le doigt ne sentait pas davantage l'ampoule rectale. Des accidents graves commençaient à se manifester.

Quoiqu'il n'y eut pas de certitude de rencontrer l'intestin dans le bassin, j'eus néanmoins qu'il fallait commencer par chercher à établir le cours des matières intestinales par l'anus.

L'enfant étant placé sur une table, les jambes relevées, je commençai par inciser l'anus en arrière, puis je divisai dans ce point tous les tissus pour mettre à découvert la cloison obturatrice. Je la saisis avec un ténaculum et je l'incisai en arrière assez largement pour me permettre d'introduire très facilement mon petit doigt et à chercher le cul-de-sac distendu par le méconium. N'ayant rien trouvé je continuai l'incision des tissus en arrière et en haut et je remontai ainsi dans le bassin dans l'espérance de trouver l'intestin. J'arrivai à pénétrer dans le bassin de toute la longueur de mon petit doigt, sans rencontrer le cul-de-sac intestinal, sans percevoir aucune espèce de fluctuation, ce qui fut aussi constaté par MM. Vigny, Levailant et mon fils.

Après réflexion je me décidai à pratiquer un anus lombaire.

Quelques heures après l'opération l'enfant put prendre le sein.

Le 23. — De nouvelles tentatives furent faites par l'anus normal, dans le but de s'assurer si on ne sentirait pas le cul-de-sac intestinal, ce fut toujours en vain.

Le 27. — Une consultation eut lieu avec MM. Cloquet, Velpeau et Jobert pour discuter la question du rétablissement du passage de matières fécales par l'anus normal, après une exploration longue et minutieuse, et une discussion approfondie sur les chances favorables et défavorables, il fut décidé que pour le moment il fallait surseoir à toute opération nouvelle.

Dans le courant d'août, il se forma des bourrelets muqueux autour de l'anus artificiel, ils commençaient à gêner le passage des matières, nous les cautérisâmes avec le nitrate d'argent solide, avec le caustique de Fihlos.

Le 1^{er} décembre 1852. — L'enfant allait très bien. Le bouchon que l'on plaçait dans l'anus artificiel était plus gros que le doigt indicateur.

Au mois de juin 1859, le docteur Alphonse Amussat a eu occasion de revoir le jeune opéré, cet enfant se portait bien. Les fonctions se faisaient très régulièrement par l'anus artificiel lombaire que la mère tenait ouvert, en y plaçant à demeure une bougie de cire, du diamètre d'une pièce d'un franc maintenue par une ceinture élastique.

OBSERVATION L (de M. Campenon).

Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1871.

Anus normal. Absence partielle du rectum. Anus iliaque. Mort.

Enfant âgé de 3 jours.

Anus normalement conformé, terminé en cul-de-sac à un centimètre de profondeur. Fluctuation lorsqu'on introduit l'index dans l'ampoule. L'intervention par la voie périnéale reste sans effets. Opération de Littré. Emission de fèces seulement lorsque le malade est couché sur le côté gauche. Mort huit heures après l'intervention.

Autopsie. — Existence d'une péritonite avec liquide abondant. Le gros intestin représente un quadrilatère formé par le côlon ascendant, le côlon transverse et le côlon descendant et inférieurement par l'S iliaque qui s'étend horizontalement, de la symphyse sacro-iliaque gauche à la symphyse sacro-iliaque droite.

Dans la fosse iliaque droite, en avant du cœcum qu'elle cache, flotte l'ampoule rectale qui se redresse verticalement libre de toute attache.

Cette observation relate la présence de l'ampoule rectale à droite.

OBSERVATION LI (de M. de Saint-Germain).

Société de médecine de Paris, 1873.

Hernie partielle du rectum. Anus bien conformé. Anus iliaque.
Mort.

Vers la fin de janvier 1873, un enfant fut amené à l'hôpital des Enfants-Malades à peu près dans les mêmes conditions que l'enfant qui a fait le sujet de la précédente observation. Un de mes internes était de garde il me fit prévenir et j'arrivai vers quatre heures du soir. Pendant le trajet je réfléchissais à ce que j'allais faire et je n'étais pas sans éprouver une certaine inquiétude. Je n'avais jamais vu et par conséquent jamais fait d'opération semblable. Aussi à peine arrivé à l'hôpital je me mis à compulser avec mon interne M. Maunoury ce qui avait été écrit à ce sujet.

Après avoir successivement dépouillé Holmes, Giraldès, Guer-sant, nous nous arrêtâmes, quelque temps au procédé d'Amus-sat, qui nous séduisait par le siège même de l'opération, mais nous reculâmes devant l'extrême difficulté de sa fixation à l'aide de sutures d'un intestin situé à une très grande hauteur (mon interne m'affirmait en effet, avoir pu introduire le petit doigt dans l'anus à quelque six centimètres). Nous nous fixâmes à la méthode de Littré.

Nous fûmes je l'avoue, un moment embarrassés au sujet du côté à choisir. Devions-nous opérer à droite ou à gauche? Comme il s'agissait de diviser le gros intestin, Huguier affirmait qu'on le trouvait toujours à droite, Giraldès voulait au contraire qu'on opérât à gauche, et sa statistique nous parut assez concluante pour nous faire choisir le côté gauche.

Nous nous rendîmes dans mon service et je pus constater de visu ce que m'avait annoncé mon interne à savoir la profondeur du cul-de-sac anal, l'absence de sensation d'ampoule rectale et je pratiquai l'opération de Littré.

Je dois dire qu'une fois le périloine ouvert, je me repentis pour le cas présent de n'avoir point suivi le conseil d'Huguier, car je tombai sur l'intestin grêle, je le fixai par trois points de suture à la plaie des téguments. Je l'incisai et obtins une quantité considérable de méconium ; le lendemain et les jours suivants la petite malade alla bien, sa plaie se retrécit considérablement, son anus contre nature se limita de plus en plus et l'on aurait pu considérer cette opération comme un succès, si au bout de quinze jours environ un affaiblissement graduel, une sorte d'inanition ne s'était manifestée.

L'enfant continuait à se nourrir, mais incomplètement. Elle finit par succomber le vingt-deuxième jour après l'opération et la nécropsie nous démontra, comme dans le cas suivant la soudure du rectum au sacrum et l'existence du gros intestin à droite.

OBSERVATION LII (de M. de Saint-Germain)

(Société de médecine de Paris, 12 avril 1873).

Absence partielle du rectum. Anus bien conformé. Anus iliaque.
Mort.

Le 23 décembre 1872. — M. Giraldès, à qui je succédais à l'hôpital des Enfants-Malades, me laissait parmi les malades de son service un petit garçon qu'il avait opéré par la méthode de Littré. Cet enfant était mourant. Il succomba le 23 et l'autopsie,

faite en présence de M. Giralès, démontra l'existence d'une sorte de soudure de l'extrémité inférieure du rectum, à la face concave du sacrum et cela à une hauteur que l'on pouvait évaluer à 5 centim. de l'anüs.

OBSERVATION LIII (Rapportée par Verneuil)

Bulletin de la Société de chirurgie, 1873.

Imperforation du rectum. Anus normal. Ponction. Anus iliaque.
Mort.

Un enfant était venu au monde avec un anus normal, mais on trouvait à 0,02 de profondeur une cloison complète, on avait ponctionné cette cloison sans trouver l'intestin, aussi s'était-on décidé sur le champ à pratiquer l'opération de Littré.

A l'autopsie on vit que l'intestin se terminait à un centimètre seulement au-dessus de la cloison, on aurait donc pu l'atteindre par le procédé d'Amussat, un peu difficilement à la vérité, mais ayant prolongé en haut l'incision médiane et resséqué quelques millimètres de coccyx, je mis largement à nu la face postérieure de l'ampoule rectale et j'ai conclu que cette addition au procédé aurait donné les meilleurs résultats.

OBSERVATION LIV (de M. Lannelongue).

Bulletin de la Société de chirurgie, Tome X, année 1884.

Imperforation rectale par cloisons complètes. Anus contre nature.
Rétablissement du cours des matières par l'anüs normal.

Le 24 mai 1883. — On apporte à l'hôpital Trousseau un nouveau-né du sexe masculin âgé de 52 heures au moment de l'examen.

Il est second fils de parents bien portants.

L'enfant est bien vivant, urine facilement, mais n'a pas rendu de méconium depuis la naissance, il a vomi la veille au soir pour la première fois et plusieurs fois dans le cours de la nuit, il rend le lait qu'on lui fait prendre, il n'a pas encore vomi de méconium.

Il est d'ailleurs bien conformé, à l'examen de la région anale on ne découvre rien de particulier, l'anus a ses plis normaux quand on y enfonce le doigt on pénètre dans un infundibulum de 2 à 3 *centim.* de profondeur environ. Le doigt s'introduit avec peine et lorsque l'enfant pleure ou crie on ne perçoit aucun choc; un examen attentif ne permet pas, en un mot, de croire à l'existence d'une ampoule rectale. Le ventre est gonflé et tendu, la paroi abdominale n'est pas œdémateuse, on ne voit pas se dessiner les anses intestinales.

L'enfant est opéré par la méthode de Littré : on trouve le gros intestin sous des anses d'intestins grêles. Il est suturé à la paroi abdominale et ouvert. Il s'écoule une abondante quantité de méconium.

Les suites de l'intervention ont été heureuses, une garde fort soigneuse s'occupait de cet enfant qu'on nous a ramené tous les jours d'abord, puis tous les deux ou trois jours. Le 15 juin, l'ouverture à la paroi abdominale commence à être le siège d'un travail de rétraction, il existe autour un peu d'erythème simple provoqué par le contact des matières de l'intestin. Le 18 juin, l'anus contre nature est bien constitué, l'orifice cutané est arrondi, il reçoit le bout du doigt. Dans le fond, on aperçoit une légère saillie de la muqueuse. Prenant alors une sonde de femme métallique, je la dirigeai dans le bout inférieur. Elle fut promptement arrêtée à 2 ou 3 centimètres environ de l'ori-

fice cutané, il y avait là comme un obstacle que je crois être la terminaison de l'intestin. Comme je cherchais à me rendre compte de la distance qui pouvait le séparer de l'anus et qui était d'ailleurs très grande, il me sembla que la résistance que j'éprouvais céda, bien que mes pressions fussent très modérées. J'insistai alors un peu plus et bientôt en effet la sonde s'engagea dans le petit bassin, elle était trop courte pour arriver à l'anus, je dus prendre un long trocart courbe de Chassaignac que j'introduisis avec prudence par son extrémité mousse, il vint proéminer au sommet de l'infundibulum anal, il eût été très possible en procédant avec violence de franchir cette séparation. Je crus néanmoins devoir procéder autrement. Une incision postérieure partant de l'anus fut faite sur la ligne médiane, dans la direction de la pointe du coccyx, elle avait un centimètre et demi environ, la peau, les tissus sous-jacents furent successivement incisés et enfin la cloison elle-même fut coupée sur l'instrument. Un tube à drainage de fort calibre allant de l'anus normal à l'anus artificiel fut laissé à demeure. Deux points de suture, réunirent les bords de l'incision périnéale. On recommanda de faire dans la journée une injection boriquée faible pour nettoyer le drain.

Le 19 juin. — La santé de l'enfant est excellente, il est sorti des matières intestinales par la cavité du tube.

Deux jours après, le 21 juin, les choses sont dans le même état; on retire le drain pour le nettoyer, on engage avec précaution une sonde plus volumineuse par l'anus normal et on remonte au-dessus de l'obstacle inférieur facilement. Le drain est encore remplacé; l'anus iliaque n'admet qu'avec peine l'extrémité du doigt, les bords en sont épaissis.

Le 23 juin. — Les points de suture faits au périnée sont rétrécis

il n'y a aucun engorgement inflammatoire; il s'engage chaque jour des matières qui sortent par le gros drain.

Le 26 juin. — Le drain est retiré et nettoyé, on passe des sondes rectales de calibre gradué puis on remet encore le drain qui est définitivement supprimé le 29 juin. A cette date il sortait des matières en beaucoup plus grande quantité par l'anus iliaque. L'enfant est revu le 2 juillet, on conseille à la mère de passer elle-même chaque jour des sondes rectales par l'anus normal. Une entérite, avec des selles diarrhéiques nombreuses et abondantes s'est produite et depuis la veille la figure de l'enfant est un peu fatiguée, mais il ne vomit pas. Depuis nous n'avons plus revu notre petit malade et j'ai tout lieu de croire qu'il a dû succomber.

OBSERVATION XLV (de M. Lannelongue).

Bulletin de la Société de chirurgie. Tome X. Année 1884.
Cloisons complètes du Rectum. Anus normal. Opération de Littré
Mort.

Le 11 janvier 1884 on nous amène à l'hôpital un nouveau-né âgé de 5 jours. Il est très vivace, pourtant il n'a pas eu de garde-robe depuis sa naissance, de plus il est microcéphale. Cet enfant n'a pas eu de garde-robe depuis cinq jours, les deux premiers jours il a vomi du méconium, depuis lors les vomissements ont cessé, mais l'enfant n'accepte qu'avec beaucoup de difficultés un peu de lait et de l'eau sucrée.

L'examen de la région anale montre que l'anus est bien conformed et que la portion anale du rectum a 3 centimètres passés de longueur. J'ai pu y introduire le doigt quoique avec une

certaine peine, mais en laissant le doigt dans le fond de l'infundibulum, je n'ai senti aucune impulsion malgré les efforts et les cris de l'enfant.

On serait donc autorisé dans une certaine mesure à admettre que la portion terminale du rectum fait défaut.

Néanmoins l'écartement des ischions est normal.

L'examen du ventre ne révèle pas de développement de la portion médiane correspondant aux circonvolutions de l'intestin grêle. L'on ne voit pas de développement transversal ni latéral correspondant au gros intestin. Les voies urinaires sont bien conformées et la sécrétion urinaire se fait bien.

Cet enfant est chétif et a beaucoup diminué depuis la naissance, néanmoins il est très vivace et l'indication d'une intervention s'impose, on fait un anus par la méthode de Littre.

Une incision est pratiquée sur le gros intestin, c'est à peine s'il sort quelques matières. Pansement.

Les jours suivants, on refait le pansement chaque matin. L'enfant se nourrit à peine ; il prend un peu de lait qu'on lui donne avec une cuillère et par son anus artificiel il laisse échapper, quelques matières fécales, mais il s'affaiblit de plus en plus et le 16 janvier il succombe à 4 h. du matin. Il avait 10 jours.

17 janvier. — Examen cadavérique.

1° Ouverture de la cavité abdominale.

Le péritoine offre des traces évidentes de péritonite, les anses intestinales adhèrent par quelques fausses membranes et il existe une rougeur manifeste sur ces anses.

Il n'y a pas d'épanchement de matières fécales dans la cavité abdominale.

-L'anús contre nature a porté sur l'S iliaque, les bords de cet

anus offrent des adhérences avec la paroi abdominale. Immédiatement au-dessous de cet anus, l'S iliaque poussait son trajet jusqu'au niveau de la symphyse sacro-iliaque ; à ce niveau cette partie de l'intestin se renfle et il lui succède brusquement un rectum arrondi cylindrique n'ayant pas plus que la dimension d'un manche de porte-plume ordinaire. Le rectum suit son trajet ordinaire dans la concavité du sacrum sans augmenter de volume et arrivé vers la pointe du coccyx il se continue avec la portion anale de l'intestin. Cette dernière portion a environ 3 *centimètres* de long, elle offre un calibre inférieur à celui du rectum.

Ainsi le rectum présente entre l'S iliaque et la portion anale un rétrécissement tel que, si on l'aplatit, son calibre est inférieur à un centimètre, de plus présente la forme d'un cordon qu'on dirait plein.

Cette conformation engage à chercher quelle est la conformation intérieure de l'intestin. En ouvrant l'S iliaque au-dessus du rectum jusque dans la partie dilatée on est frappé par ce fait qu'au niveau du point où le rectum lui succède la cavité est imperméable.

En un mot l'S iliaque se termine en cul-de-sac et c'est de ce cul-de-sac que part le cordon rectal sans communiquer avec lui, de même en bas, la portion anale de l'intestin est séparée du rectum par une cloison complète que nous n'avons pas franchie pendant la vie, ni avec un stylet ni avec une sonde de femme en faisant des manœuvres répétées.

Après la mort nous avons vainement injecté du liquide sans pouvoir franchir la cloison inférieure ; c'est alors que nous avons rompu cette valvule avec un stylet et nous avons pu faire pénétrer le stylet dans tout le rectum jusqu'au niveau de l'am-

poule de l'S iliaque; là le stylet soulève une membrane muqueuse mince qui forme un plan horizontal et convexe du côté de l'S iliaque sans présenter aucun orifice. Pour plus de précision nous avons fait une injection par l'anus et le liquide a soulevé également cette valvule sans pénétrer dans l'S iliaque. Il existait donc dans cette partie de l'intestin deux cloisons formant des diaphragmes pleins et complets, l'une placée entre l'S iliaque et le rectum, l'autre entre la portion anale et la portion pelvienne de l'intestin. La première cloison est placée à 3 centim. $\frac{1}{2}$ de l'anus, la seconde à 11 centimètres du même anus ou à 7 cent. $\frac{1}{2}$ de la première.

Entre ces deux cloisons l'intestin n'ayant pu être dilaté par le méconium offre la forme cylindrique d'un cordon plein en apparence, mais en réalité présentant un canal tapissé par une muqueuse. Cet état explique bien pourquoi, pendant la vie, en mettant le doigt dans la portion anale on ne pouvait pas sentir l'impulsion puisque le méconium n'arrivait pas jusque-là.

Cette observation est intéressante au point de la duplicité des cloisons. Le diagnostic de la première cloison était possible, le diagnostic de la seconde ne l'était pas. Le premier de ces diaphragmes occupait un siège qui n'a rien d'insolite, à 3 cent. $\frac{1}{2}$ de l'anus, c'est-à-dire à l'union de la portion anale et de la terminaison du rectum; le second diaphragme au contraire avait un siège insolite à 11 centimètres de l'anus.

OBSERVATION LVI (du D^r Largeau de Niort).

Poitou médical, 1887.

Anus bien conformé. Absence du rectum. Anus iliaque. Mort

Nous avons été appelé le 27 septembre 1886 à examiner un

enfant du sexe masculin qu'on nous dit atteint d'une imperforation de l'anus.

Né à terme le 22 septembre, il reste sans soins pendant cinq jours. Bien que pâle et maigre il se trouve cependant dans d'assez bonnes conditions. Il dort bien, prend le sein régulièrement, ne crie pas. Il vomit fréquemment son lait mélangé de matières jaunes.

Les organes génitaux sont normaux. L'anus est à la place ordinaire, mais il est très étroit et se termine en cul-de-sac à 1 centimètre $1/2$ du périnée. La pression sur le ventre ne soulève pas le plancher périnéal. La veille un médecin a fait une incision en arrière de l'anus, à la recherche d'une ampoule rectale, il n'a rien découvert. Le petit doigt enfoncé dans cette incision ne nous donne aucun renseignement.

Nous pensons que le gros intestin s'arrête à une assez grande distance du périnée et nous croyons qu'il faut abandonner la voie périnéale.

Nous nous proposons d'établir un anus artificiel par la méthode de Littré.

Nous pratiquons cette opération. Le petit doigt introduit dans l'abdomen nous avait permis de reconnaître que l'intestin se terminait en cône au niveau de l'angle sacro-vertébral, ce cône se prolongeait sous forme de ligament arrondi jusqu'à la face postérieure de la vessie.

Pansement. — La nuit qui suit l'opération a été bonne, il a pris le sein avec appétit plusieurs fois, a dormi, a rendu par son anus artificiel une abondante quantité de matières jaunes tout-à-fait normales.

23 septembre. — Deux vomissements, ventre gros douloureux.

29 septembre. — Ne vomit pas, prend le sein.

2 octobre. — L'enfant est pris de convulsions et meurt.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION LVII (de M. Fochier).

Mercredi médical 1894.

Anus normal. Rectum imperforé. Résection du sacrum. Anus iliaque. Mort.

Nouveau-né. Anus bien conformé. Deux jours après sa naissance il n'a pas encore rendu de méconium, ventre ballonné.

L'anus se termine en cul-de-sac à une hauteur de 3 cent. On se décide d'emblée à intervenir par la voie sacrée.

Opération. — Le 16 janvier 1894. Incision médiane et résection du coccyx, comme on n'aperçoit pas l'ampoule rectale, on résèque le $\frac{1}{3}$ inférieur du sacrum, rien encore ne se présente : on tombe sur un plan fibreux et ne voulant pas ouvrir le péritoine on se décide à faire la colotomie iliaque.

Mort le neuvième jour, d'affaiblissement progressif.

Autopsie. — Le fond de l'ampoule rectale correspond au tiers inférieur du sacrum.

Elle est recouverte presque en totalité par le péritoine sauf en arrière et sur la ligne médiane. Elle repose sur le plan fibreux qui m'a arrêté et qui n'est autre que l'aponévrose supérieure des muscles releveurs formant un plan ininterrompu par suite de l'absence du rectum. •

OBSERVATION LVIII

Imperforation du rectum avec intégrité de l'anus. Anus contre nature sur l'S iliaque compliqué d'invagination des deux bouts. Perforation du diaphragme rectal avec le trocart. Péritonite. Mort.

Par M. Chaput chirurgien des hôpitaux et Auvray, interne des hôpitaux. Bulletin de la société anatomique 1892.

R. François, âgé de 2 ans entre le 4 août 1891 à l'hôpital Tenon dans le service du docteur Félizet.

Le père et la mère sont également bien portants et bien constitués et l'on ne retrouve dans les ascendants aucun vice de conformation qui puisse être rapproché de celui qui fait l'objet de cette observation.

Notre petit malade naquit à terme.

Il présentait à sa naissance une imperforation du canal de l'anus. Un diaphragme fibreux séparait l'extrémité inférieure du rectum de l'anus. L'enfant atteint bientôt de phénomènes d'obstruction intestinale, fut opéré le 6^e jour après sa naissance, à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Monod. On créa alors un anus artificiel, au niveau de la fosse iliaque gauche sur l'S iliaque. L'état général de l'enfant était devenu de plus en plus satisfaisant, lorsque 6 mois après se produisit une invagination des deux bouts de l'intestin.

D'abord peu accentuée elle s'accusa de plus en plus. L'enfant fut alors conduit à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Marchand qui tenta vainement la réduction.

A son entrée à l'hôpital Tenon, le 4 août 1891 le petit malade présente un mauvais état général. On constate alors au niveau de l'orifice iliaque, l'issue de deux tumeurs cylindriques ; leur

longueur totale est de 15 à 16 centimètres sur 5 ou 6 de diamètre.

Ce cylindre est dur et contracté, sa surface présente les caractères de la muqueuse intestinale ; elle est agitée de mouvements vermiculaires qu'il est facile d'exciter.

De l'extrémité du bout supérieur, suintent des matières intestinales ; de l'extrémité du bout inférieur s'écoulent des matières muqueuses.

La muqueuse est chaude, douloureuse et très rouge.

L'enfant présente quelques vomissements et de la diarrhée. Il est examiné par M. Potherat qui dans la soirée tente en vain de réduire l'intestin sous le chloroforme.

Depuis cette époque, l'enfant a séjourné dans le service où grâce aux soins dont on l'a entouré, l'état général s'est sensiblement amélioré.

Le 28 février 1892. — L'enfant est examiné de nouveau sous le chloroforme par M. le docteur Chaput. On parvient à réduire une partie mais non la totalité de l'intestin invaginé. Les parties réduites sortent à nouveau dès que les mouvements de réduction sont suspendus. On introduit alors une sonde métallique dans le bout inférieur de l'intestin qui est en continuité avec le rectum et le doigt introduit en même temps dans l'anus rencontre le bec de la sonde à travers un diaphragme fibreux résistant, épais de 2 à 3 millimètres situé à environ 3 centimètres de l'orifice anal.

Le cas paraît favorable pour une intervention chirurgicale qui est pratiquée le 4 mars.

On se propose dans une première opération d'établir une communication entre l'extrémité inférieure du rectum et le canal

de l'anus, en détruisant la cloison fibreuse dont nous avons parlé.

On pratique d'abord un lavage antiseptique de la surface intestinale invaginée. Puis on fait passer un courant d'eau bori- quée à l'intérieur de la tumeur cylindrique qui est en conti- nuité avec l'extrémité inférieure de l'intestin. Dans le même cylindre on fait pénétrer le trocart de Chassaignac et à l'aide de cet instrument on perfore la cloison aponévrotique qui sépare le rectum de l'anus. Pour élargir la voie pratiquée avec le trocart on fait des débridements à l'aide du bistouri bou- tonné.

Par le toucher rectal, on constate alors que l'on a établi lar- gement la communication entre le rectum et l'anus, mais le doigt porté en avant vers le cul-de-sac vésical permet de cons- tater l'ouverture du rectum au niveau de la paroi antérieure et la communication établie entre le rectum et la cavité péri- tonéale.

On pratique plusieurs lavages antiseptiques, on laisse une sonde à demeure dans le bout inférieur de l'intestin, on intro- duit dans l'orifice anal de la gaze au salol.

Au cours de l'opération, en présence de l'extrême faiblesse de l'enfant, on fait plusieurs injections d'éther.

L'état général de l'enfant dans la soirée semble aussi satisfai- sant que possible. Le pouls est assez fort. La température n'est à 6 heures du soir que de 39°5. La respiration est normale, Mais l'enfant a eu des vomissements dans le courant de l'après- midi.

A minuit l'état général devient alarmant, le pouls petit, la faiblesse est grande : 36°5. Le petit malade succombe à 3 heu- res du matin.

Autopsie. — Praticquée 48 heures après la mort. On constate à ce moment une légère teinte ecchymotique de la paroi abdominale. On ouvre la cavité abdominale et l'on constate dans le petit bassin l'existence d'une quantité de pus assez considérable et de fausses membranes.

Le cul-de-sac recto-vésical présente sur le cadavre une profondeur normale. De plus on constate à ce niveau une perforation assez large, intéressant à la fois la paroi antérieure du rectum et le cul-de-sac péritonéal. L'infusion du péritoine s'est produite à ce niveau et la mort a été le résultat d'une péritonite. La vessie était absolument intacte.

Un cas aussi simple aurait bien pu ne pas être traité d'emblée par l'anus de Littré.

OBSERVATION LIX (inédite).

Communiqué par M. Kirmisson.

Imperforation du rectum avec intégrité de l'anus. Anus contre nature sur l'Siliaque. Opération d'Amussat. Cure de l'anus iliaque. Mort.

Le vendredi 31 décembre 1897. — Je vois pour la première fois un petit garçon de six mois qui m'était adressé par un confrère de province. Cet enfant est né le 14 juillet 1897 de parents sains et bien conformés qui possèdent une petite fille de cinq ans bien conformée également. Cet enfant est fort et vigoureux au moment même de la naissance on n'avait reconnu chez lui aucune malformation ; la région anale présentait l'apparence normale au point même que la sage-femme, s'apercevant que l'enfant n'avait pas sali ses langes, voulut lui donner un lavement,

mais le liquide ne pénétrait pas : l'anus se terminait en cul-de-sac à 2 centimètres environ au-dessus de son orifice externe.

On appela un médecin qui sans chercher le rectum par le périnée pratiqua un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche.

Le vendredi 31 décembre. — J'examinai l'enfant, le prolapsus de la muqueuse par l'anus artificiel est peu considérable. Les deux orifices conduisant dans le bout supérieur et dans le bout inférieur sont nettement visibles et leur disposition est la suivante : le bout inférieur est en haut, le supérieur est en bas, en un mot les deux bouts de l'intestin sont tordus l'un sur l'autre.

L'index de ma main gauche déprimant fortement la région anale, j'introduis une sonde dans le bout inférieur de l'intestin à une profondeur de 4 centimètres environ et j'arrive à sentir l'extrémité de la sonde sur le doigt déprimant la région anale. Dans ces conditions il est certain qu'on pourra trouver le bout inférieur de l'intestin dans le périnée.

L'opération est faite le 2 janvier 1898 : l'enfant étant endormi est placé dans la position de la taille, je fais sur la ligne médiane du périnée une incision antéro-postérieure de 4 à 5 centimètres dépassant en avant et en arrière les limites de l'anus normal.

En écartant les lèvres de l'incision on arrive aisément à sentir sur le doigt l'extrémité de la sonde introduite dans le bout inférieur. Se guidant sur l'extrémité de cette sonde, on sectionne couche par couche et l'on arrive à découvrir le cul-de-sac terminal de l'intestin ; on l'isole aussi complètement que possible de ses connexions avec les parties voisines et passant dans son extrémité libre deux anses de fil on l'abaisse de deux centimètres environ, il vient alors affleurer à la pointe du coccyx ; le cul-de-sac péritonéal n'est pas ouvert, on fixe alors

l'intestin à la peau au moyen de 8 points de suture à la soie ; après quoi poussant fortement la sonde de haut en bas, on la fait saillir au périnée et l'on ouvre le cul-de-sac intestinal. L'incision est retrécie à la partie antérieure à l'aide de deux points de suture portant sur le raphé périnéal. La sonde introduite dans le bout inférieur a pris une direction tout à fait verticale, parallèle à la ligne médiane du corps. Pansement à la pommade boriquée.

Mardi 3 janvier. — Des gaz et des matières font issue par la plaie périnéale. C'étaient là des matières accumulées dans le cul-de sac terminal : depuis lors rien n'est passé par l'anus. Les fils de suture ont coupé la peau. L'orifice anal ayant tendance à se rétrécir, j'ai pratiqué la dilatation graduelle avec des sondes métalliques passées d'abord de haut en bas, de l'anus iliaque vers la périnée, puis de bas en haut à travers l'orifice anal. L'enfant, sur ces entrefaites ayant eu la grippe, l'occlusion de l'anus iliaque a été remise jusqu'au lundi 21 février.

Ce jour-là, 21 février, l'enfant étant endormi par le chloroforme, je détache l'intestin de ses adhérences à la peau, puis je libère de chaque côté par une incision horizontale. On s'occupe alors de disséquer la muqueuse qui constitue un gros bourrelet en forme de champignon, après quoi je pratique la suture au fil de soie fin par 3 plans 1^o un plan sur la face externe de la muqueuse (comme elle est encore exhubérante, on l'excise par place) un plan séro-séreux ; 2^o un plan musculaire, un troisième cutané.

L'enfant succombe à une maladie intercurrente avant que la cure de l'anus iliaque soit effectuée.

OBSERVATION LX (Communiquée par M. Kirmisson).

Bulletin de la Société de chirurgie, 1898.

Imperforation du rectum. Anus normal. Opération de Littre.
Hernie de l'intestin au dehors. Rectum attiré et suturé au niveau de l'orifice anal. Cure de l'anus artificiel. Guérison.

L'enfant qui fait le sujet de notre observation naquit le 21 mars 1898. Il fut examiné par une sage-femme et parut bien conformé. Le 23, l'enfant ayant refusé de téter, ayant vomi du lait, sa mère fit appeler de nouveau la sage-femme qui ordonna du sirop de chicorée. Les vomissements redoublèrent. Un lavement fut alors donné. « Le liquide sortait à mesure qu'il pénétrait », la sage-femme conseilla de porter l'enfant dans un hôpital (renseignements fournis par la mère de l'enfant le 25 mars).

Enfant âgé de quatre jours, atteint d'imperforation du rectum, anus bien conformé. On sent avec le petit doigt un infundibulum qui admet à peu près deux centimètres de sonde cannelée. On débride en arrière et en haut au bistouri.

On introduit le doigt qui paraît arrêté à peu près à trois centimètres de l'orifice, on pense avoir pénétré dans le tissu cellulaire et fait fausse route. On ne sent nulle part le cul-de-sac intestinal distendu. Anus iliaque (Notes prises sur le cahier de garde) dictées par le chirurgien.

1^{er} avril (Observation de M. Kirmisson). — L'enfant nous est présenté de nouveau avec un prolapsus intestinal mesurant huit à dix centimètres. On cherche à se rendre compte de la situation réciproque des bouts supérieur et inférieur, mais il est impossible de faire pénétrer une sonde à quelque profon-

deur. On réduit le prolapsus, on cherche à pénétrer dans l'intestin à l'aide du petit doigt, l'enfant fait de violents efforts, plusieurs anses d'intestin grêle et iliaque font saillie au dehors.

Dans ces conditions, l'enfant est immédiatement endormi, une sonde introduite dans l'orifice intestinal démontre que le prolapsus s'est fait aux dépens du bout inférieur ; une sonde cannelée introduite aussi loin que possible se sent aisément au périnée : dans ces conditions l'orifice anal est débridé en arrière jusqu'au coccyx, on voit la sonde coiffée de l'intestin qui fait saillie dans la plaie, rien n'est plus facile que de passer des fils à travers la paroi de l'intestin et de la fixer dans la plaie périnéale : ceci fait et l'intestin réduit au préalable on se met en devoir de fermer l'anus contre nature. Pour ce faire, l'intestin ayant été attiré et maintenu au dehors par des pinces hémostatiques, on fait sur le pourtour de l'ouverture intestinale deux plans de suture à la soie phéniquée fine, un premier plan portant sur les bords de l'orifice, un second plan de suture séro-séreuse ; un peu de sang s'étant épanché dans la cavité abdominale, il est étanché avec de petits tampons, suture du péritoine, de la paroi musculaire à la soie, de la peau aux crins de Florence. Pansement à la vaseline boriquée.

23 avril. — Les fils de la plaie anale sont enlevés.

1^{er} juin. — L'enfant revu est complètement guéri et en bon état.

28 décembre 1898. — L'enfant est présenté de nouveau la guérison est parfaite, l'état général de l'enfant est excellent.

22 février 1900. — Ayant pu nous procurer l'adresse du petit opéré, nous sommes allés le voir. Nous l'avons trouvé en par-

faite santé. L'anus est continent, il n'y a pas de rétrécissement, le résultat est donc parfait.

OBSERVATION LXI (de M. Brault).

Gazette des hôpitaux, 1897.

Anus normal. Absence du rectum. Périnéotomie postérieure. Anus iliaque. Puis anus sacré. Mort.

Georgette M..., née le 31 janvier 1897.

Enfant chétive, mais bien conformée.

Deux jours après sa naissance, les parents demandent la consultation d'un médecin. La petite fille n'a pas eu de selle. Notre confrère fait le diagnostic d'inperforation rectale et l'envoie à la clinique des Enfants le 3 février.

C'est là que nous la trouvons à notre arrivée.

Enfant épuisée. Le tégument et les conjonctives présentent une teinte subictérique, le ventre est très ballonné, susdistendu. Les anses intestinales se dessinent nettement sous la paroi.

L'anus paraît bien conformé, c'est ce qui fait la surprise de la sage-femme et des parents.

L'invagination s'arrête environ à 5 ou 6 *millimètres* de profondeur. Si on tâte le terrain à ce niveau on ne sent rien comme ampoule, bien que le « dé » qui coiffe l'anus soit des plus dépressibles.

Précautions prises, j'incise largement depuis l'anus jusqu'au delà du coccyx, je ne trouve absolument rien encore, rien ne bombe dans la profondeur au-devant du sacrum, le fameux fil conducteur n'existe pas.

La petite fille est presque mourante, j'avise les parents de la

déconvenue qui m'arrive, je me décide avec leur consentement difficilement arraché, à pratiquer un anus contre nature à gauche, au lieu d'élection.

Pendant 3 semaines l'anus artificiel fonctionne bien. J'avais pratiqué la fixation de l'S iliaque par le procédé recommandé par M. Chaput, en évitant toute coudure de l'intestin.

La mère ayant, sur le conseil de la sage-femme fait « passer » son lait, nous dûmes alimenter l'enfant au biberon.

Je fus en butte aux sollicitations des parents, du père surtout ; on ne voulait pas d'un enfant infirme, on réclamait de nouvelles recherches. Au bout de trois semaines j'eus le tort de céder.

L'enfant avait repris de la mine, malgré son alimentation défectueuse. Je fis une nouvelle incision postérieure, mais cette fois je sacrifiai tout le tiers inférieur du sacrum à gauche, comme dans un Kraske.

Ce n'est que très haut que je trouvai, en fin de compte, le cul-de-sac terminal de l'intestin.

Par ma longue plaie ano-sacrée, j'avais sous les yeux un long boudin rougeâtre, formé par le vagin et continué par l'utérus à la partie supérieure.

Tout en haut et derrière l'intestin finissait en bec de sifflet.

Je l'attaquai à sa pointe extrême, une sonde Beniqué de petit calibre introduite par l'anus ventral m'assurait que j'étais bien en face du cul-de-sac intestinal. Je fixai l'intestin aux lèvres profondes de la plaie, ouverture et suture de la muqueuse à la peau. Le cul-de-sac intestinal était très haut et affleurait seulement la partie moyenne du sacrum, malgré cela nous n'avions pas rencontré en arrière les couches indiquées par M. Commandeur ; plan fibreux et péritoine.

Les choses allèrent au mieux tout d'abord ; pas de fièvre, pas d'infection ; quelques points superficiels constamment baignés par les matières fécales, coupent les tissus en plusieurs points. L'anus iliaque s'oblitére progressivement.

J'avais projeté de remonter plus tard l'anus périnéal qui paraissait bien doublé d'un sphincter à la hauteur de l'anus sacré.

L'enfant succombait athrepsique le onzième jour après la seconde intervention, pas d'infection locale, l'anus iliaque était totalement fermé depuis la veille.

OBSERVATION LXII

Anus normal. L'enfant ne rend pas de méconium. Anus contre nature. Mort. Pas de bile dans la vésicule. Observation recueillie dans le service de M. Bonnaire à la maternité de Lariboisière.

Un enfant naît prématuré dans le service le 20 novembre 1899. Il pèse 1450 grammes. Après sa naissance la sage-femme de garde l'examine et ne constate rien d'anormal, l'anus est bien conformé. On met l'enfant dans une couveuse. Le 21 novembre on gave l'enfant, on lui donne cinq grammes de lait toutes les heures et demie.

Le 22. — Même alimentation.

Le 23. — Même alimentation. L'enfant rend par l'anus quelques mucosités incolores.

Le 24. — Même état.

Le 25. — L'infirmière préposée à la garde des couveuses, voyant que l'enfant n'avait pas rendu de méconium le dit à la

sage-femme, cette dernière en fait part à M. Bonnaire. M. Bonnaire examine l'enfant à 10 heures du matin. Le ventre est tendu les veines se dessinent sur la paroi, l'infirmière dit que l'enfant vomit depuis la veille le lait qu'on lui donne. Le petit doigt pénètre facilement dans le rectum sans rencontrer d'obstacle. Une sonde de Nélaton n° 16 pénètre facilement jusqu'à une profondeur de 12 centimètres environ, retirée elle ne présente pas de trace de méconium, on confie l'enfant à M. Tuffier chirurgien de l'hôpital.

Connaissant l'exploration faite par M. Bonnaire avec une sonde de Nélaton, M. Tuffier pratique un anus contre nature dans la fosse iliaque droite. Il fait une incision de un centimètre et demi à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement à la direction des fibres musculaires sous-jacentes.

Il saisit la première anse intestinale qui se présente et la fixe à la paroi, puis pratique sur l'anse une petite ouverture, il s'échappe un peu de sang des lèvres de la plaie, pas de trace de méconium. Pansement sec. Pendant le cours de l'opération, l'enfant a rendu à plusieurs reprises du lait liquide par la bouche et par le nez.

On remet l'enfant dans sa couveuse, on le gavage plusieurs fois et chaque fois il vomit le lait qu'on vient de lui donner. Dans la soirée l'interne du service M. Keim refait le pansement, l'anse intestinale a une teinte noirâtre, toujours pas de méconium. Nouveau pansement sec, le soir, à neuf heures l'enfant succombe.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée le 27 par M. Ball, interne des hôpitaux.

L'intestin est soigneusement examiné. On ne trouve en aucun

point de traces d'imperforation, pas de valvules, pas de rétrécissement. Aucune trace de méconium dans toute la longueur de l'intestin.

L'attention est attirée par le foie et la vésicule biliaire. Le foie est petit, la vésicule offre une certaine particularité, elle ne contient pas de traces de bile, mais une assez grande quantité de mucus filant. Un morceau de la vésicule est pris pour être examiné au microscope.

Les autres organes abdominaux et thoraciques sont normaux.

Nous avons publié cette observation pour montrer que le fait de n'avoir pas rendu de méconium peut exister exceptionnellement en dehors de toute malformation intestinale.

Tableau statistique concernant les cas d'imperforation ou d'absence du rectum avec anus normal opérés par : la ponction au trocart, l'incision au bistouri; par le procédé d'Amussat avec résection du coccyx, du sacrum ou avec effondrement du cul-de-sac péritonéal : par le procédé de Littre, le procédé de Callisen; par la périnéotomie associée à la laparotomie.

Méthode de la ponction au trocart, de l'incision au bistouri ou à la lancette.

N ^{os}	Sexe	Opérateur Date de l'opération	Nature du vice de conformation	Traitement	Résultat	Remarques
1 I	m.	Engerran, 1740. Le 4 ^e jour après la naissance.	« A l'extrémité du rectum on trouve un nœud sembla- ble à celui de l'om- bille d'un adulte.	Ponction au trocart.	Mort.	
2 II	m.	J.-L. Petit, 1743. Le 2 ^e jour après la naissance.	Simple membrane.	Incision avec le pharyngotome	Guérison.	Survie de 2 mois
3 V	f.	Sabatier, 187. Date ?	Simple membrane.	Ponction au trocart.	Mort.	Epanchement de méconium dans la cavité pelvienne.
4 VIII	f.	Miriel, 1823. Le 2 ^e jour après la naissance.	Simple membrane.	Incision au bistouri.	Mort.	Ouverture de la paroi postérieure du vagin. Infiltration du tissu cellulaire par les matières fécales.
4 bis VI	m.	Fourcade, 1830. Le 4 ^e jour après la naissance,	Simple membrane.	Ponction au trocart.	Mort.	Epanchement de méconium dans l'abdomen.
5 VII	f.	Colson, 1830. Le 12 ^e jour après la naissance.	Simple membrane.	Incision au bistouri.	Guérison.	Rétrécissement consécutif. Sonde « ova- lée » par le rectum. Extraction au bout de 15 jours.

N ^{os}	Sexe	Opérateur Date de l'opération.	Nature du vice de conformation	Traitement	Résultat	Remarques
IX	f.	A. Noble, 1839. Le 3 ^e jour après la naissance.	Simple membrane.	Ponctions multiples au trocart.	Guérison.	Elimination d'escarres. Fistule vagino-rectale.
8 X	f.	Léotaud, 1839. Le 2 ^e jour après la naissance.	Absence du rectum.	Incision au bistouri.	Mort.	Ouverture de la paroi postérieure du vagin.
9 XI	m.	Louis Baudeloque, 1844. Le 2 ^e jour après la naiss.	Simple membrane.	Ouverture de la membrane avec le trocart.	Guérison.	
10 XIII	m.	Guersant, 1846. Le 2 ^e jour après la naissance.	Simple membrane.	Ponction au trocart.	Mort.	
11 XIV	m.	Vinchon père, 1846. Date?	Simple membrane.	Ponction au trocart.	Mort.	
12 XII	m.	? 1846 date?	Simple membrane.	Ponction au trocart. Lavement injecté.	Mort.	Lavement retrouvé dans le tissu cellulaire.
13 XVI	m.	Danyau, 1849. 24 heures après la naissance.	Simple membrane.	Incision dans le pé- rinée. Pression sur l'abdomen.	Mort.	
14 XVII	m.	? 1850 heures après la naissance.	Absence du rectum.	Incision au bistouri. Ponction avec le trocart.	Mort.	Ouverture de l'intestin grêle.
15 XVIII	?	Forget, 1850. Date?	Absence du rectum.	Ponction au trocart. Incision au bis- touri.	Mort.	

N ^{os}	Sexe	Opérateur Date de l'opération	Nature du vice de conformation	Traitement	Résultat	Remarques
16 XIX	?	Jessen. date ?	Rectum fermé par deux membranes en deux endroits.	Ponction au trocart.	Mort.	
17 XX	m.	Bardinet, 1853. Le 3 ^e jour après la naissance.	Membrane et cordon fibreuse d'un cen- timètre de long.	Ponction avec le bistouri.	Mort.	
18 XXI	m.	Trelat, 1862. date ?	Simple membrane.	Incision avec le bis- touri. Ponction au trocart.	Mort.	
19 XXII	m.	? 1864. Le lendemain de sa naissance.	Simple membrane.	Ponction au bistouri. Opération de Littré.	Mort.	On fait d'abord une ponction avec le bistouri ; l'enfant rend du méconium, puis les selles se suppriment. Sept jours après cet accident : tentative d'opération (par le procédé d'Amus- sat). En dernier lieu, opér. de Littré.
20 XXIII	m.	Dudon, 1876. Le 3 ^e jour après la naissance.	Simple membrane.	Ponction avec l'ap- pareil de Dieula- foy. Incision avec le bistouri.	Mort.	Pour éviter le rétrécissement, on fait introduire toutes les trois heures, et pendant un quart d'heure chaque fois, des dilateurs numérotés.
21 XXIV	m.	Polaillon, 1877. Le lendemain de la naissance.	Simple membrane.	Ponction au trocart. Incision avec le bistouri débride- ment large.	Guérison.	Le méconium ne sortit qu'après l'ad- ministration d'un lavement.
22 XV	m.	Bernard, 1886. 48 heures après la naissance.	Membrane transpa- rente.	Ponction avec l'ap- pareil de Potain. Déchirure de la membrane avec la pince de Liston.	Guérison.	

N ^{os}	Sexe	Opérateur date de l'opération	Nature du vice de conformation	Traitement	Résultat	Remarques
23 XVI	m.	Etienne, 1890. 24 h. après la naiss.	Simple membrane.	Ponction avec le bistouri.	Mort.	La ponction aveugle a ouvert la vessie.
24 XVII	m.	? 1899. 4 jours après la naissance.	Simple membrane.	Ponction au trocart. Opération de Lit- tre.	Mort.	On fait d'abord une ponction au trocart. Rejet de méconium. Durant 22 jours, l'ouverture pratiquée artificiellement reste fermée. Vomissements fécaloi- des. Rétablissement spontané des cours des matières. Nouvelle obstruc- tion durant 19 jours. On pratique l'o- pération de Littré, on ouvre un abcès ischio-rectal.
25	m.	? 1846. 12 h. après la naiss.	(Cas rare).	Ponction avec une sonde de femme.	Mort.	A l'autopsie, on constate des anomalies de l'intestin.
26 III	f.	Skenkius? date?	Parois du rectum collées l'une à l'autre en deux endroits.	Incision au bistouri.	Mort.	
27 IV	m.	Courtial? date?	Membrane dure.	Incision au scalpel.	Guérison.	

Méthode de la recherche du rectum par le périnée (opération d'Amusat) (suivant le besoin : on peut pratiquer la résection du coccyx, du sacrum, l'effondrement du cul-de-sac péritonéal).

N ^{os}	Sexe	Opérateur date de l'opération	Nature du vice de conformation	Traitement	Résultat	Remarques
1 XXVIII	m.	Verneuil, 1864. 2 jours après la naissance.	Simple membrane à une profondeur de 18 millimètres.	Opération d'Amu- sat avec résection du coccyx.	Guérison.	L'anus est confiné.
2 XIX	m.	Verneuil, 1865. 4 jours après la naissance.	Simple membrane à une profondeur de 40 millimètres.	Opération d'Amu- sat avec résection du coccyx.	Mort après 48 heures.	« Il y eut tout d'abord une amélioration très marquée. L'enfant succomba len- tement, sans apparence de péritonite, ni d'autre affection bien caracté- risée ».
3 XXX	m.	Verneuil, 1873. 4 jours après la naissance.	Simple membrane à une profondeur de 45 millimètres.	Un médecin avait praticqué une ponc- tion au bistouri. Opération d'Amu- sat.	Mort au bout d'un mois.	« Les matières étaient bien retenues La mort est survenue peut-être sur- venue faute de soins ».
4 XXXI	m.	Gillette, 1877. 3 jours après la naissance.	Simple membrane à 25 millimètres.	Opération d'Amussat.	Guérison.	Enfant venu à six mois. Pas de rétré- cissement. Pas d'incontinence.
5 XXXII	f.	Heydenreich, 1890. 2 jours après la naissance.	Simple membrane.	Ponction. Opération d'Amussat.	Guérison.	
6 XXXIII	m.	Broca, 1891. 2 jours après la naissance.	Simple membrane à 10 millimètres de profondeur.	Opération d'Amussat.	Guérison.	

N ^{os}	Sexe	Opérateur Date de l'opération	Nature du vice de conformation	Traitement	Résultat	Remarques
7 XXXIV	f.	Delagènière, 1893. 3 jours après la naissance.	Simple membrane à 10 millimètres de profondeur.	Etablissement d'un anus périméal avec excision de l'in- fundibulum anal.	Mort.	
8 XXXV	m.	Poisson, 1895. 2 jours après la naissance.	Simple membrane à 10 millimètres de profondeur.	Ponction au bistou- ri. Opération d'A- mussat. Resection du sacrum.	Guérison.	
9 XXXVI	m.	Kirmisson, 1893. 2 jours après la naissance.	Simple membrane à 25 millimètres de profondeur.	Opération d'Amus- sat.	Guérison.	L'enfant revu un an après l'opération est en bonne santé. Anus continent.
10 XXXVI	m.	Kirmisson, 1899. 4 jours après la naissance.	Simple membrane.	Opération d'Amus- sat.	Guérison.	
11 XXVIII	m.	Kirmisson, 1899. 2 j. après la naiss.	Simple membrane.	Opération d'Amus- sat.	Guérison.	Sept mois après l'opération, l'enfant est en bonne santé. L'anüs est continent.
12 XXXIX	m.	Castan, 1899. 3 jours après la naissance.	Cul-de-sac rectal siégeant à 40 mil- limètres de haut.	Opération d'Amus- sat avec résection du coecyx.	Guérison.	
13 XL	m.	Leisrinck, 1872. 3 jours après la naissance.	Absence du rectum. Cul-de-sac situé à 70 millimètres de hauteur.	Excision de l'infun- dibulum anal. Ef- fondrem. du cul- de-sac péritoneal. Suture de l'intestin au niveau de l'ori- fice anal.	Guérison.	
14	m.	Jondeau, 1891. 5 jours après la naissance.	Absence du rectum.	Incision du périméal. On fixe à la peau la 1 ^{re} anse venue.	Mort.	

Méthode de la périnéotomie associée à la laparotomie.

N ^{os}	Sexe	Opérateur Date de l'opération	Nature du vice de conformation	Traitement	Résultat	Remarques
1 XLII	f.	Chalot 6 jours après la naissance.	Absence du rectum.	Opération de Macleod	Guérison.	
Méthode de l'anus iliaque (opération de Littré), de l'anus lombaire (opération de Callisen).						
1 XLIII	f.	Serrand, 1813. 3 jours après la naissance	Imperforation du rectum.	Anus iliaque.	Guérison.	De temps à autre sortie spontanée de la portion intestinale appartenant au bout inférieur. La malade est citée par Rochard comme vivante et bien portante à 46 ans.
2 XLIV	f.	Miriel, 1816. 2 jours après la naissance.	Imperforation du rectum.	* Anus iliaque.	Guérison.	La malade est citée par Rochard comme vivante et bien portante à 13 ans.
3 XLV	m.	Miriel, 1822. 4 jours après la naissance.	Imperforation du rectum.	Anus iliaque.	Guérison.	Hernie de l'intestin au dehors. Le malade est cité par Rochard comme vivant et bien portant à 43 ans.
4 XLVI	f.	Baudelocque, 1814. Date ?	Imperforation du rectum.	Ponction au trocart et anus iliaque.	Guérison.	Baudelocque se proposait de rétablir plus tard l'anus à sa place normale.
5 XLVII	m.	Maisonneuve, 1819. 4 jours après la naissance.	Imperforation du rectum.	Anus lombaire.	Guérison.	Maisonneuve dit : « Voilà quatre jours que l'opération a été faite, l'enfant va bien. »
6 XLVIII	m.	Maisonneuve, 1819. 4 jours après la naissance.	Imperforation du rectum.	Trois ponctions au trocart. Anus lombaire.	Guérison.	Un tiers du rein sort en dehors de la plaie. L'enfant vécut jusqu'à 7 mois.

N ^{os}	Sexe	Opérateur Date de l'opération.	Nature du vice de conformation	Traitement	Résultat	Remarques
7 XLIX	m.	Amussat, 1852. Trois jours après la naissance.	Absence du rectum.	Tentative faite pour établir un anus pé- rinéal. Anus lom- baire.	Guérison.	En 1859, l'enfant était en bonne santé.
8 L	m.	Campehon, 1871. Trois jours après la naissance.	Absence partielle du rectum.	Tentative faite pour établir un anus pé- rinéal. Anus ilia- que.	Mort.	Péritonite.
9 LI	f.	De Saint-Germain, 1873. Date ?	Absence partielle du rectum.	* Anus iliaque.	Mort.	On a ouvert l'intestin grêle.
10 LII	?	Giraldès, 1873.	Imperforation du rectum.	Anus iliaque.	Mort.	
11 LIV	m.	Lannelongue, 1882. Deux jours après la naissance.	Imperforation rec- tale par cloisons complètes.	Anus iliaque, puis rétablissement du cours des matières par l'anus normal.	Mort pro- bable par maladie intercur- renté.	
11 bis. LIII	m.	? ? Date ?	Simple cloison.	Ponction. Anus iliaque.	Mort.	
12 LV	m.	Lannelongue, 1884. Cinq jours après la naissance.	Cloisons complètes du rectum.	Anus iliaque.	Mort.	La première cloison est à 3 cent. 1/2 de l'anus, la seconde à 11 de l'anus.
13 LVI	m.	Largeau, 1886. Cinq jours après la naissance.	Absence du rectum.	Incision périnéale. Anus iliaque.	Mort.	

N ^o .	Sexe	Opérateur. Date de l'opération	Nature du vice de conformation	Traitement	Résultat	Remarques
14 LVIII	m.	? 1892. 5 jours après la naissance.	Simple membrane.	Anus iliaque.	Mort.	Hernie de l'intestin au dehors. Un an après l'opération de l'anus iliaque, on essaie de rétablir l'anus à sa place normale. Ponction avec le trocart de Chassaignac. Périfonite.
15 LVII	m.	Fochier, 1894. 2 jours après la naissance.	Simple cloison.	Tentative pour éta- blir un anus péri- néal avec résec- tion du sacrum. Anus iliaque.	Mort.	
16 LIX	m.	? 1897. Date ?	Simple cloison.	Anus iliaque. Opé- ration d'Amus- sat.	Mort.	M. Kirmisson pratique l'opération d'A- mussat six mois après l'établissement de l'anus iliaque. Une tentative est faite pour obtenir la cure de l'anus iliaque. L'enfant succombe à une ma- ladie intercurrente. Hernie de l'in- testin.
17 LX	m.	? 1898. 4 jours après la naissance.	Simple cloison.	Anus iliaque. Opé- ration d'Amus- sat.	La guérison est parfaite.	M. Kirmisson pratique l'opération d'Amussat cinq jours après l'établis- sement de l'anus iliaque. Il pratique ensuite la cure de l'anus iliaque. L'anus est continent.
18 LXI	f.	Brault 1897. 2 jours après la naissance.	Absence partielle du rectum.	Périnéotomie. Anus iliaque. Anus sa- cré.	Mort.	M. Brault pratique un anus sacré vingt jours après l'opération de l'anus ilia- que. Cure de l'anus iliaque.

Sur 61 observations que nous avons recueillies relatant les diverses méthodes de traitement employées pour obvier à l'imperforation ou à l'absence du rectum avec anus bien conformé nous trouvons 25 guérisons et 36 morts.

Cette statistique brute ne prouve rien, il nous faut examiner les méthodes employées avec les résultats qu'elles ont donnés.

La méthode de la ponction au trocart, de l'incision au bistouri ou à la lancette donne 6 guérisons et 21 morts sur 27 cas, ce qui suffit à faire condamner cette méthode.

La méthode de la périnéotomie associée ou non à la résection du coccyx, du sacrum, à l'ouverture du cul-du-sac péritonéal, à la laparotomie donne 11 guérisons et 4 morts sur 15 cas.

La méthode de la colotomie iliaque ou lombaire donne 7 guérisons « avec infirmité dégoûtante » et 7 morts sur 14 cas.

La tentative faite pour attirer le rectum au niveau de l'orifice anal et faire la cure de l'anus iliaque donne sur cinq interventions trois succès et deux insuccès.

Sur 61 cas il s'agissait 14 fois d'enfants du sexe féminin 44 fois d'enfants du sexe masculin, 3 fois le sexe n'était pas indiqué.

L'intervention la plus précoce a eu lieu douze heures après la naissance (observation de Z 1846) la plus tardive a eu lieu le 14^e jour après la naissance (observation de Colson).

CONCLUSIONS

1° Il est important de connaître ce vice de conformation (imperforation ou absence du rectum avec anus normalement conformé) pour ne pas perdre un temps précieux en tentatives inutiles et infructueuses (sirop laxatif, suppositoires, lavements). Le toucher digital permettra d'affirmer le diagnostic.

2° Comme moyen de traitement ou d'exploration nous rejetons formellement la méthode des ponctions au trocart, des incisions au bistouri, à la lancette, à travers l'anus normal.

3° Nous conseillons de pratiquer toujours la recherche méthodique de l'intestin par le périnée, en faisant une périnéotomie postérieure. Le rectum sera attiré au niveau de l'orifice anal, celui-ci présentant un sphincter, l'anus sera continent. On s'aidera au besoin de la résection du coccyx, d'une partie du sacrum. Si l'intestin est haut placé, on peut ouvrir le péritoine pour aller à sa recherche, comme l'a fait avec succès Leisrinck.

4° Si, après un forage (que Leisrinck a porté avec succès à une profondeur de 70 mill.), on ne trouve pas l'intestin, ou, si l'ayant trouvé, on ne peut pas le faire descendre au périnée, il faut pratiquer la laparotomie laté-

rale (dans la fosse iliaque gauche), libérer l'intestin souvent retenu par son meso et l'attirer au niveau de l'orifice anal où on le suturera. Si malgré la laparotomie, l'intestin ne peut, pour une cause ou une autre, être attiré au périnée, force sera de pratiquer un anus artificiel. On utilisera pour cela la brèche faite par la laparotomie.

5° Nous rappelons que les enfants supportent facilement les longues opérations à condition qu'ils ne perdent pas de sang,

6° L'allaitement de l'enfant au sein, les soins intelligents qui lui seront donnés après l'opération contribueront pour une grande part à assurer la guérison.

Pour parfaire le succès, il sera indiqué d'introduire de temps à autre dans le rectum un dilatateur approprié. L'auriculaire peut remplir cet office.

Vu par le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Petit (J. L.). — Mémoires de l'Académie de chirurgie, Tome 1, année, 1743.

Serrand. — Thèse de Montpellier. « Dissertation sur quelques cas de malformation de l'anüs et du rectum, 1814.

Colson. — Observ. in Journal hebdomadaire de médecine, 1830.

Fourcade. — Obs. in Bulletin de la Société anatomique, 1830.

Miriel. — Thèse de Paris. « Vices congénitaux de conformation de l'extrémité inférieure du tube digestif. » 1835.

De Nobèle. — Observ. in Gazette des hôpitaux, 1839.

Léotaud. — Observ. in Bul. de la Société anatomique, 1839.

Baudelocque. — Observ. in Gazette médical, 1844.

Baudelocque. — Observ. in Gazette des hôpitaux, 1846.

Guersant. — Observ. in Gazette des hôpitaux, 1846.

Labarraque. — Observ. in Gazette des hôpitaux, 1846.

Danyau. — Observ. in Bull. de la Société de chirurgie, 1849.

Gosselin. — Observ. in Gazette des hôpitaux 1850.

Forget. — Observ. in Union médicale, 1850.

Bouisson. — Thèse d'agrégation, 1851.

Bardinet. — Observ. in Gazette des hôpitaux, 1853.

Robert. — Rapport sur une opération d'anüs artificiel. Bul. de l'Académie de médecine, Tome XXV, année 1856.

- Lobligeois.** — Thèse de Paris. « De l'oblitération congénitale des Intestins », 1856.
- Lernon.** — Thèse de Paris. « Contribution à l'étude des imperforations ano-rectales », 1856.
- Goyrand.** — Art. in Gazette médicale, 1856.
- Amussat.** — Observ. in Bul. général de Thérapeutique, 1861.
- Rochard.** — Art. in Gazette des hôpitaux, 1862.
- Trelat.** — Observ. in Bul. de la Société de chirurgie, 1862.
- Boucart.** — Thèse de Paris « Situation de l'S iliaque », 1863.
- Paquet.** — Observ. in Bul. de la Société anatomique, 1864.
- Trélat.** — Dict. encyclopédique des sciences médicales. Art. Anus, Tome V, 1867.
- Campehon.** — Observ. in Bull. de la société anatomique, 1871.
- Leisrinck.** — Observ. in Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1872.
- Tillaux.** — Bul. de la société de chirurgie, 1873.
- Verneuil.** — Observ. in Bul. de la Société de chirurgie 1873.
- De Saint-Germain.** — Observ. in Société de médecine de Paris, 1873.
- Dudon.** — Observ. in Archives de médecine navale, 1876.
- Malgaigne.** — Manuel de médecine opératoire, 1877.
- Gilette.** — Observ. in Union médicale, 1877.
- Callisen.** — Imperforationes Ani. Systema chirurgiæ hodierna, 1880.
- Macleod.** — Art. in British medical Journal 1880.
- Lannelongue.** — Obs. in Bull. Société de chirurgie, 1884.
- Giraldés.** — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Art : malformations de l'anus, 1885.
- Debout.** — Art in Bull. de Thérapeutique, 1885.

Bernard. — Obs. in Journal des sciences médicales de Lille,
1886.

Jeannel. — Revue de chirurgie, Tome VIII, 1887.

Vincent. — Art. in Lyon médical, 1887.

De St-Germain. — Art. in Revue mensuelle des maladies de
l'enfance, 1888.

Couty. — Thèse de Paris, 1889.

Heydenreich. — Obs. in Revue médicale de l'Est, 1890.

Etienne. — Thèse de Nancy, 1890.

Broca. — Obs. in Revue des maladies de l'Enfance, 1891.

Jondeau. — Obs. in Revue des maladies de l'Enfance, 1891.

Chaput. — Obs. in Bull. de la Société anatomique, 1892.

Broca. — Art. in Bulletin médical, 1893.

Durand. — Ar. in Gazette des hôpitaux, 1894.

Delagénère. — Obs. in Archives provinciales de chirurgie,
1894.

Frœlich. — Art. in Gazette hebdomadaire, 1894.

Fochier. — Observ. in Mercredi médical, 1894.

Poisson. Obs. in Société de médecine de Nantes, 1895.

Chalot. — Obs. in Bull. Société de chirurgie, 1896.

Brault. — Obs. in Gazette des hôpitaux, 1897.

— Annales provinciales de chirurgie. Opérations par
la voie sacrée, 1897.

Kirmisson. — Obs. in Bull. de la Société de chirurgie, 1898.

Broca. — Obs. in Bull. de la Société de chirurgie, 1899.

Broca. — Obs. in Bull. de la Société de chirurgie, 1899.

Lejars. — Traité de chirurgie d'urgence, 1899.

ADDENDUM

- A. BUTAUD. — Thèse de Paris, 1834. « De la métrite chronique ».
- M. BUTAUD. — Thèse de Paris, 1868. « De l'endocardite ulcéreuse. »
- J. BUTAUD. — Thèse de Paris, 1900. « Contribution à l'étude clinique des imperforations ano-rectales avec anus normalement conformé. »

